

# الشخصية

## والاضطرابات السلوكية والوجدانية

تأليف

د. أمال عبد السميع مليجى باظه

استاذ الصحة النفسية المساعد ورئيس قسم علم النفس  
بكلية التربية بكفر الشيخ

مكتبة الانجلو المصرية  
١٦٥ ش محمد فريد - القاهرة

طبعة الاولى

١٩٩٧





# الشخصية

## والاضطرابات السلوكية والوجدانية

تأليف

د . آمال عبد السميع مليجي باظه

أستاذ الصحة النفسية المساعد

ورئيس قسم علم النفس

بكلية التربية بكفر الشيخ

الطبعة الأولى

١٩٩٧

مكتبة الانجلو المصرية

١٦٥ ش محمد فريد - القاهرة

اهداء

إلى والدي ووالدي

إلى زوجي وأبنائي

( محمد - أحمد - سالي )

اهدي هذا الكتاب

## بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

### (تقديم)

يحتوى هذا الكتاب على ثلاثة فصول تفيد المتخصص فى مجال علم النفس ويصفه خاصه مجال الصحة النفسية . ويحتوى الفصل الأول على عرض موجز لأشهر نظريات الشخصية بطريقة مبسطة ومقارنه . وذلك حيث ان الشخصية تعد بمثابة الجهاز المحدد للسلوك وتم عرض نظرية ( آلبرت ) التي جمعت بين الوحده الكلية الديناميه والوظيفيه وتم توضيح علاقة كل من السمه والعامل والبعد عند كل من (جيلفورد و أيزنك ) والعلاقة بين خصائص الشخصية والمرض . وكذلك الشخصيه والالم كتناول جديد في هذا الكتاب . ويحتوي الفصل الثانى على مجموعة من الاضطرابات السلوكية مثل العدائية والعدوانية مشتملة علي أهم نظرياتها ومقاييسها سواء التى تم تقينها فى المجتمع المصري أو ما هو شائع فى التراث السيكلوجي والفروق الجنسية فى السلوك العدوانى وصوره والآثار السلبيه لتعرض الإناث والسيدات للعنف والعدوان .

ويحتوى هذا الفصل أيضا علي مشاعر الذنب ومستوياتها ومصادرها ثم كيفيه قياسها وموجز عن الاختبار المعد لقياسها . بالاضافه الى السلبيه نحو الذات والعالم والمستقبل التي يعتبرها ( بلاك بورن ) أسلوب معرفى وتم تقنين مقياسا للأبعاد الثلاثه السابقه هذا بالاضافه الى وجود جزء خاص باضطرابات الاكل باشهر صورتين هما : فقدان الشهيه العصبي وشره الطعام وتم عرض أكثر من نظريه ونموذج تحليلى وظيفى لتفسير حدوثهما . ويعتبر الكتابه فى هذا الجزء بنظرياتها الحديثه مجال رائد من مجالات الصحة النفسيه .

وفى الفصل الثالث : تم مناقشة وعرض الافكار الخاصة بتصنيف الاضطرابات الوجدانية حيث أطلق عليها فى دليل تشخيص الامراض العقلية والنفسية الذى تصدره رابطة الاخصائيين الامريكين فى طبيعته الاخيره . وتم عرض كل من اضطراب الاكتئاب بأنواعه ومقاييسه والتداخل مع اضطراب القلق . وكذلك الاضطراب الهستيرى والاضطراب الوسواسى القهرى .

ويشتمل هذا الكتاب على تعريف مجموعة من المقاييس النفسية الحديثه التي اعدت للمتخصص النفسى العربى كل عقب الجزء الخاص بها .

ويتناول هذا الكتاب أمثلة للاضطرابات سواء السلوكية أو الوجدانية الاكثر شيوعا .

وأسجد لله العلى العظيم على توفيقه لى فى اعداد هذا الكتاب مع دعائى .

اللهم انى أعوذ بك من علم لا ينفع :

ح. أماله عبد السميع باظه

١٩٩٧م

## الفصل الأول

# الشخصية

- نظريات الشخصية .
- السمات .
- الابعاد .
- الانمط .
- الشخصية والمرض .
- الشخصية لبعض الحالات المرضية .

## نظريات الشخصية

أولاً : نظرية السمات - الأنماط - الأبعاد

### تقسيم السمات عند "البورت"

أ : السمات العامة والخاصة ( الفريدة ) :

السمات العامة هي السمات المشتركة أو الشائعة بين عدد كبير من الافراد في حضاره معينه وقد تكون في حضارات كثيره كذلك . او قد تشيع بين الافراد على وجه العموم ومن أمثله السمات المشتركه للشخصيه الشيطريه والانطواء - الاتزان الوجداني والسمه العامه هي مظاهر عديده للشخصيه يمكننا ان نقارن بها بصره معتدله جميع الافراد الذين ينتمون الى بيئته ثقافيه معينه ، فالسمات العامه اذا تلك المظاهر من الشخصيه التي يمكننا ان نقارن بها بصره معتدله ومفيدة معظم الافراد في بيئته ثقافيه معينه .

يعرف "البورت" ( ١٩٣٧ ) السمه العامه بأنها فئه تصنف فيها أشكال السلوك المتكافئه وظيفيا لدى المجموع العام من الناس ورغم تأثرها باعتبارات مصطنعه فإن السمه المشتركه تعكس الى حد ما الاستعدادات الحقيقيه والتي يمكن مقارنتها لسمه الكثير من الشخصيات ونتيجته للطبيعه الشرعيه العامه والثقافيه المشتركه فانها تنمى أساليب متشابهه من توافقهم مع بيئاتهم ولكن بدرجات مختلفه .

والسمه الفرديه هي فحسب التي يمكن اعتبارها سمه حقيقيه لان السمات توجد دائماً في افراد وليس في المجموع بشكل عام ولانها تتجاوز وتعمم الى استعدادات ديناميه بطرق فريده وفقاً لخبرات كل فرد وان السمه المشتركه ليست سمه حقيقيه على الا انها مجرد جانب صالح للقياس من السمات الفريده المعقده ، ورغم وجود تشابهات فسي أبنيه السمه لدى أفراد مختلفين فان الطريقه التي تعمل بها أيه سمه بالذات لدى شخص



معين تكون دائماً خصائص فريدة تميزها عن جميع السمات المشابهة لدى الأشخاص الآخرين وهكذا فإن السمات جميعها سمات فردية وفريدة ولا تخلع الا على فرد بعينه .

ورغم توضيح " ألبورت " لأهميه كلا النوعين من السمات العامة والخاصة أو المشتركه والفريده انه يضع السمات المشتركه فى مستوى أدنى من الفريده اذا يرى أن الاخيره هي الجديرة بالدراسه وهو يبدو فى ذلك بفكره التغير والتفرد ، ولكن فكره " ألبورت " هذه لا يوافق عليها كثير من دارسى الشخصيه وخصوصاً الذين يستخدمون منهج التحليل العالمى ، ذلك أن العلم يهتم بالدرجه الاولى بالجوانب العامه التى يشترك فيها الافراد ويتشابهون وهذا المدخل الأخير يساعد على امكان اجراء القياس وعقد المقارنات .

وعلى أى حال فإن هذا الخلاف يعكس التعارض القائم فى علم النفس عامه بين المنهج الاحصائى أو السيكومتري الذى يركز على ما هو مشترك مقابل المنهج الكلينيكى الذى يركز على السمات الفردية ودراسه حاله ولو ان وجهه النظر الكلينيكيه الحديثه تعتمد على اسس سيكومتريه احصائيه .

### ب : السمات الأصلية ( الأساسيه ) والمركزيه والثانويه :

انه من المفيد ان نتعرف على ان السمات قد تختلف فى دلالتها وأهميتها فى بناء الشخصيه حيث ان بعض الافراد قد تكون لديهم سمه واحده قويه الى حد أ معظم سلوكهم يتأثر بها وهى ما تسمى بالسمه الرئيسيه وأنها تبلغ من السايده قدر لا تستطيع سوى نشاطات قليله ألا تخضع لتأثيرها أما بشكل مباشر أو غير مباشر ولا يمكن لمثل تلك السمه ان تظل مختفيه طويلا فالفرد يعرف بها حتى أنه يصبح مشهورا بها ويطلق أحيانا على مثل تلك الصفه السائده اسم السمه البارزه أو الشهوه .

المسيطره أو العاطفه السائده أو أصل الحياه والسمات المركزيه وهى أكثر شيوعاً وهى تمثل الميول التى تميز الفرد تماماً والذى كثيراً ما تظهر ويكون استنتاجها سهلاً

تماماً وعددها لا يتجاوز خمس أو عشر سمات ، أما السمات الثانويه فهى اقل حد وثباتاً

وأقل اعميه في وصف الشخصيه وأكثر تركزا من حيث الاستجابات التي تؤدي اليها وأيضا من حيث المنبهات التي تناسبها .

### ج : السمات التعبيرية والاتجاهيه :-

السمات التعبيرية هي سمات معينة تؤثر على شكل السلوك أو نطونه ولكنها لا تكون واقعيه لدى أغلب الافراد ( كما هو الحال بالنسبه للعيول والقيم والغايات البعيده ومن أمثلتها- السيطره والمثابره وقد يظهر الفرد تلك السمات بصرف النظر عن الهدف الذي يسعى اليه أما السمات الاتجاهيه فهي سمات ذات تأثير محدود في مجالات معينه من مجالات الحياه ، ويعد تصنيفه للسمات يوضح ان السمات ليست مستقله بل متداخله ولا يوجد فاصله بين سمه وأخرى وهذا التداخل يفسر بشكل جزئي انه ليس في الامكان التوصل الى طرق مرضيه تماما لتصنيف السمات ، ورغم ان السمات يتم انتظامها بشكل فريد وفردى يضم عناصر تبدو ومتسقها والذي يعكسه السلوك فلا يعنى ذلك أن أى أو كل خصيه تحقق تكاملا تاما والكبت والتفكك قد يوجدان خلال أى حياه .

تتقيم السمات عند كاتل :

### أولا : من حيث الشمولييه :

أ : سمات مصدريه .

ب : سمات سطحيه .

والسمات المصدريه هي التكوينات الحقيقيه الكامنه خلف السمات السطحيه والتي تساعد على تحديد وتفسير السلوك الانساني والسمات وهي ثابته وذات أهميه بالغه ويمكن ان تنقسم الى سمات تكوينيه وسمات تشكلها البيئه الاولى داخلية وذات أساس وراثي والثانيه تصدر عن البيئه وتتشكل بالاحداث التي تجرى في البيئه التي يعيش فيها الفرد .

والسمات السطحية هي تجمعات للظواهر أو الاحداث السلوكيه التي يمكن ملاحظتها وهي أقل ثباتاً كما أنها مجرد سمات وصفيه ومن ثم فهي أقل أهميه من وجهه نظر كاتل بلل انها الوسيط لظهور السمات المصدريه .

### ثانياً : من حيث العمومييه :

أ : سمات عامه .

ب : سمات فريده .

ويتفق كاتل مع البورت في اعتبار أن هناك سمات مشتركة تتسم بها الافراد جميعاً وأعلى الاقل جميع الافراد الذين يشتركون في خبرات اجتماعيه معينه وثقافه واحده وهو يوافق بالاضافه الى ما سبق على ان هناك سمات فريده لا تتوافر الا لدى فرد معين ولا يمكن أن توجد لدى أى شخص آخر هذه الصوره بالضبط ويمضى خطوه أبعد مقترحاً تقسيم السمات الفريده الى سمات فريده نسبيا وسمات فريده جوهرياً بحيث تستند الاولى تفرد ها من فروق طفيفه في ترتيب العناصر التي تكون السمه في حين يتسم الفرد في الاخير بسمه مختلفه أصلا ولا يتسم بها أى شخص آخر .

### ثالثاً : من حيث النوعيه :

أ : السمات المعرفيه :

( سمات عقليه ، وتتعلق بالفعاليه التي يصل بها الفرد الى الهدف مثل الذكاء والقدرات والثقافه والمعارف العامه والمهنيه وفكره الفرد عن نفسه ووجهه نظره وادراكه للناس والواقع .

ب : السمات الوجدانيه :

وتتصل باصدار الافعال السلوكيه وهي التي تختص بالاتجاهات العقليه أو بالدافعيه والعيول أى تتعلق بتهيئه الفرد للمعى نحو بعض الاهداف .

### ج : السمات المزاجية :

وتختص بالايقاع والشكل والمثابره وغيرها وهى ما تعرف بالسمات السلوكيه وتتعلق بجوانسب تكوينيه للاستجابه كالسرعه أو الطاقه أو الاستجابه الانفعاليه .

### تقسيم السمات عند جيلفورد :

تسم جيلفورد السمات عامه الى ثلاثه أقسام سمات ومورفولوجيه وفسيلوجيه وسيكولوجيه

### ثالث : العوامل المؤثره فى تكوين :

تتوزع السمات الانفعاليه فى الفرد نتيجه لتفاعل عوامل هامه فى تكوينها وهى :

### أ : الوراثة :

من المعلوم ان هناك صفات معينه توجد نتيجه لعوامل وراثيه مثال ذلك خواص الشخص العصائى فيما يتعلق بنواحي القلق الانفعالى له حيث يرجع غالبا الى عوامل وراثيه لها علاقه بالجهاز العصبي والاشخاص الذين يظهرون ويعبرون عن هذه الصفه بدرجه ملحوظه يظهرون علامات مختلفه من عدم التوازن الذاتى والاستجابات الانفعاليه التى ليس من الضرورى ارتباطها بالقلق الانفعالى للعصائى قد يرجع أيضاً لوظائفه وراثيه ثم ان الميل لاعاده الاستجابه نفسها وثباتها للمؤثر البسيط قد يعتمد على حاله الفرد الذاتيه .

### ب : الوظيفة الفسيولوجيه :

بجانب العوامل الورااثيه السالفه الذكر المؤثره فى تكوين السمان الانفعاليه توجد أيضاً عوامل اخرى هامه مؤثره وهى الوظائف الفسيولوجيه للاعضاء ، فالطفل

الذى يمثل الغذاء يتمو سريعاً وتكون طاقته متزايدة فيكون نماذج من السمات تظل كما هي بعد تغير الحالة الفسيولوجية الداخليه . فالغذاء وكيمياء الدم وافرازات الغدد وعوامل أخرى متشابهه كلها تؤثر في تكوين تلك السمات الانفعاليه ، كذلك يمكن لأى حاله مرضيه عضويه مستمره لمدته طويله تكوين سمه انفعاليه سطحيه والمقصود بالسمه الانفعاليه السطحيه السمه الانفعاليه التى يسهل التعبير عنها بسهولة وسرعه أثناء تفاعل الفرد مع غيره أو مع موقف حوله وتعتبر تلك السمات وكأنها موجوده فى السطح الخارجى للشخصيه فهى لذلك تتفاعل مباشره مع البيئه حولها وقد سماها " كاتل " بالسمات السطحيه وهناك نوع آخر من السمات الانفعاليه تقع فى مستوى أعمق داخل الشخصيه أى انها تلى السمات السطحيه الى الداخل وهذه السمات لا يسهل التعبير عنها أو اظهارها نتيجة الاحتكاك أو التفاعل مع البيئه أو الموضوعات الخارجيه ولا بد للتعبير عنها خلال السمات السطحيه وليس من السهل تحديد عدد السمات السطحيه أو عدد السمات المصدريه

ج : العوامل البيئيه المستمره:

أثبتت « راسات كثيره ان الانعزال مدته طويله والفقر لدرجه كبيره بسبب كبتا بيولوجيا ، فالطفل الذى يكون منعزلا حتى ولو لبضع سنين فى حياته الاولى ليس من السهل عليه ان يصبح اجتماعيا - واستمرار الشجار والاتجاه العدوانى من البالغين له بعدون شك تأثير فى تكوين صفات معينه فى الاطفال وقد قدم ( فرد لاند ١٩٤٥ ) عدده تقارير كدرسه لرجل ذو نقص عقلى وشخصت أعراض المرض وهى عوده كليه الى الطفوله وعدم القدره على عمل شئ مع غباء شديد وتدهور عقلى .

### تأثير خبرات النمو :

من المعلوم ان الصفه الخاصه بزيادة شباتها مع الوقت والصفات المختلفه لتصبح : موعه متداخله ومترابطه بمرور الوقت ومثل هذه الظواهر تساعدنا على فهم هذه الحقيقه .

## اختبار المثير :

يعتبر اختبار المثير من الاسس السيكلوجيه الهامه التى لها علاقه باستمرار وتكامل السمات الانفعاليه ومعنى هذا ان الشخص لا يستجيب لكل المواقف التى قد تعرض ولكنه يختار منها الذى يلائم آرائه الحاضره والذى يحبه ويفضله ، مثال ذلك الأشخاص المرحبين يميلون لزياده المرح بينما هؤلاء الميالون للحزن يكونون ميالون بطبعهم نحو الكآبسه وعلى ذلك تكون المواقف المعنيه على خبرات ساره أو خبرات غير ساره سابقه مسببه لزياده درجه التوافق والتماثل بين السمات الانفعاليه فى الشخصيه .

## ٢- النسيان الانتقائى :

مظهر آخر من المظاهر الهامه فى نفس المعنى هو النسيان الانتقائى اذا أن الناس عادة ما ينسون الاشياء والآراء التى لا تطابق تماماً الأحكام السابقه المتكونه ، فمثلا مريض البارانويا ينسى كل الأفعال الطيبه الساره التى تمر به ولكنه يتذكر بدقه كل الاحداث غير الساره وأنواع السلوك العدوانى ضده .

## ٣- تفسير الحقائق والاختلافه :

كثيراً ما يحدث ان يغير الشخص الأحداث التى يذكرها لتلائم ما يرغبه وقد يبعد أكثر من ذلك ويخلق أحداثاً ليس لها أساس من الصدق نخلص من ذلك ان الوراشه والوظائف السيكلوجيه والبيئيه والخبرات التى تقابل الفرد اثناء نموه تساهم جميعها فى عمليه تكوين السمات الانفعاليه فى الشخصيه أى انه يمكن اعتبار السمات الانفعاليه فى الشخصيه محمله لتلك القوى الاربعه .

وهناك عدة مراحل يمر بها العالم من اجل الوصول الى مفهوم لخصها ( سيد غنيم ١٩٧٨ )

فيما يلي

أ : المرحلة الاولى : وفيها تعزى السمعة الى الافعال أو السلوك الذى يقوّن به الفرد وتصرفاته فى عديد من المواقف ومن هذه الملاحظات قد نستدل على وجود بعض الخصائص المشتركة بينها ومن ثم نميل الى وصف هذه الافعال بصفة أو صفات معينة كأن نقول مثلا انه يعمل بحذر أو بثقة أو بسرعة ، ففي المرحلة الاولى من تكوين السمعة فعزوا الصفة الى السلوك لا الى الشخص .

ب : المرحلة الثانية : وفيها تعزى السمعة الى الشخص الذى يقوم بالسلوك كأن نقول عنه انه حذر أو واثق أو متسرع ومن الطبيعى ان ينتقل الوصف من السلوك الى الشخص . فالسلوك قد يكون وقتيا وعابرا أما الشخص فهو موجود سواء قبل القيام بالسلوك أو بعده ومن خبرتنا اليومية نلاحظ ان الناس على قدر الثبات فعند رؤيتنا لنوع من السلوك الذى يسلكه الفرد فى هذا الحين نميل الى وصف الفرد بسمه ما حسب الموقف الذى يوجد فيه حقيقه . وقد يخرج الفرد أحيانا على هذه السمعة التى نصفه بها ولكن الغالبية العظمى من هـذا السلوك يمكن ان تنطبق عليها هذه السمعة .

ج : المرحلة الثالثة : تسميه المفهوم أو السمعة فبعد ان نقرر اكانيه وصف الشخص بصفه ما نتيجة ملاحظتنا لسلوكه على فترة طويلة من الزمن فأننا نشير الى هذه الصفة كشيء ما ونعطيها اسما فنقول ان هذا الشخص لديه سمه معينه هى سمه الحرص أو الثقة بالنفس أو غيرها من السمات :

هذا وقد وضع البورت ثمانية تعليمات لتحديد السمعة لخصها " سيد غنيم " كما يفسى ١- ان للسمه أكثر من وجود اسمى ( يعنى انها عادات على مستوى أكثر تعقيدا .

- ٢- أن السمة أكثر عمومية من العادة ( عادات أو أكثر ) تنظمان وتتسقان معاً لتكون سمة .
- ٣- أن السمة « يسميه » معناها أنها تقوم بدور وظيفي في كل سلوك .
- ٤- أن وجود السمة يمكن أن يتعد « تجريبياً أو احصائياً » وهذا ما يتضح من الاستجابات المتكررة للفرد في المواقف المختلفة أو في المعالجة الاحصائية على نحو ما نجد في الدراسات العاطفية عند أيرنك وكاتل وغيرهما
- ٥- السمات ليست مستقلة بعضها عن بعض ولكنها عادة ترتبط فيما بينها ارتباطاً موجباً .
- ٦- أن سمة الشخصية إذا نظرنا إليها سكلوجياً قد « يكون لها نفس الدلالة الخلقية » التي للسمة ( فهي قد تتفق ) أو لا تتفق والمفهوم الاجتماعي المتعارف عليه لهذه السمة ( .
- ٧- أن الأفعال والعادات غير المتسقة عادة مع سمة ما ليست دليلاً على عدم وجود هذه السمة فقد تظهر سمات متناقضة أحياناً لدى الفرد على نحو ما نجد في سمة النظافة أو الإهمال
- ٨- أن سمة ما قد ينظر إليها في ضوء الشخصية التي تحتويها بالنسبة للمجموع العام من الناس أي أن السمات إما أن تكون فريدة أو ما أسماها « البورت » باسم الاستعدادات الشخصية أو قد تكون عامة ومشاركة بين الناس .

هذا ومعلوم وجود السمات تتأكد من ثلاث حقائق هي :-

- ١- لشخصيات الأفراد درجة مرتفعة من الاتساق فإن الشخص ويكشف عن نفس الاستجابات التعمودية خلال عدد كبير من المواقف المتشابهة .
- ٢- بالنسبة لأي عادة فائنا يمكن أن نجد بين الناس اختلافاً في الدرجة وفي كمية هذا السلوك
- ٣- لشخصيات الأفراد نوع من الاستقرار فإن الشخص الذي يحصل على درجة معينة في أحد المقاييس هذا العام فإنه سيحصل في المعادة على درجة مشابهة إلى حد ما في العام التالي .

وتؤدي بنا هذه الحقائق ، الثلاث إلى أن ننظر إلى سمات الشخصية كنوع من العادات العامة قادرة على أن تستدعي عن طريق عدد كبير من المواقف وأن النظر إلى الشخصية في



ضوء السمات يعاثل أن يصف طريقه اقتصاديه الاختلافات الجوهرية فى السلوك مع اهمال العادات غير الهامه .

خامسا : كيفيه قياس السمات :

تعتبر مشكله قياس السمات هى مشكله قياس الشخصيه وهناك العديد من الاختبارات التى وضعت لقياسها ونحدد ها مع استخدام الاسلوب الاحصائى المناسب من تلك الطرق الاساسيه للقياس .

١- موازين التقدير :-

يقوم بها محك واحد للشخص يتم اختياره لمعرفة بالفحوص أو لانه على درجه عاليه من المهاره فى استخدام المقياس وهذه الطريقه لها عيبان هما :  
أ : تأثر المحكم بشخصيه الفحوص أو الميل العام نحو تأشير المحكم على شخص ما بصـندد سه واحده على حكمه عليه فيما يتعلق بسـه أخرى حتى اذا لم يكن هناك ارتباط منطقى بين هاتين السمتين .

ب : الغموض بمعانى السمات وسبب الغموض ان المرء لا يمكن ان يكن على ثقته تامه وان كل

مقدر سيفهم معنى للسـه بنفس الطريقه وللتغلب على هذه العيوب

أولا : يفضل استخدام أكثر من محكم ( أو مقدر ) .

ثانيا : اضافـه وصف موجز لكل بند فى المقياس بدلا من استخدام صفه واحده ومــــن مزاياها أنها محدده ومأمونه أما الموازين الذاتيه فقد ثبت أنها لا يمكن الاعتماد عليها ان لم تقارن بتقديرات الغير وهى وسائل لتقدير السمات الاجتماعيه والمزاجيه والخليقيه ووصفها كميا وتقدير مدى وجودها لدى الفرد .

## ١- موازين التقدير .

ويقوم بها محكم واحد للشخص يتم اختياره لمعرفته بالمفحوص أو لانه على درجه عاليه من مهاره في استخدام المقياس وهذه الطريقه لها عيبان هما :-

أ : تأثير المحكم بشخصيه المفحوص أو الميل العام نحو تأثير المحك على شخص ما بصدد سمه واحده على حكمه عليه فيما يتعلق بسمه أخرى حتى اذا لم يكن هناك ارتباط منطقي بين هاتين السمتين .

ب : الغموض بمعاني السمات وسبب الغموض ان المرء لا يمكن ان يكون على ثقته تامه وأن كل مقدار سيفهم معننى السمه بنفس الطريقه وللتغلب على هذه العيوب :

أولاً : يفضل استخدام اكثر من محكم ( أو مقدر ) .

ثانياً : اضافته وصف موجز لكل بند فى المقياس بدلا من استخدام صفه واحده ومن مزاياها أنها محدده ومأمونه أما الموازين الذاتيه فقد ثبت أنها لا يمكن الاعتماد عليها ان لم تقارن بتقديرات الغير وهى وسائل لتقدير السمات الاجتماعيه والمزاجيه والخليقيه ووصفها كميا وتقدير مدى وجودها لدى الفرد .

## ٢- الاستبيانات .

وتسمى أحيانا " الاستخبارات " أو " الاستفتاءات " وهى أكثر الاختبارات شيوعا ويتكون الاستبيان النموذجى أو الاختبار الذاتى من سلسله من العبارات أو الجمل يطلب من المفحوص أو المستجيب أن يقول ما اذا كانت كل جملة حقيقه أو كاذبه عندما تنطبق عليه هو شخصياً وفى النهايه تؤخذ اجاباته على أنها تعميم واسع النطاق وتسهم كل اجابه فى الدرجه الكليه التى يحصل عليها المفحوص على سمه أو أكثر تبعا لنظمــــــــــــــــام الاستبيان السابق تنظيمه - وكلما زاد عدد العبارات التى تقيس السمه الواحده كلما

كانت الدرجة الكلية التي يحصل عليها المفحوص على درجة أكبر من الثبات ، وبأشياء مدي صدق الاختبار بصورة شاملة على طريق تطبيق مجموعه من مقاييس التقدير لنفس المفحوصين .

ومن عيوب الاستبيانات أن محتوى العبارات نادر ما يكون على درجة كافية من الوضوح . ولقد أشار " ادواردز " الى أن كل عبارة في الاستبيان لها عنصر معين من الاستحسان الاجتماعي على نطاق أكبر أو أقل وهذا يقدم الفرصة الكافية للمفحوص في أن يتظاهـر بأنه فاضل نبيل ولذلك ابتدع اسيكومتريون مقياساً أطلقوا عليه اسم مقياس الكذب ليحموا انفسهم من هذا المصدر للانحياز ويتكون هذا المقياس من عدد من العبارات الانتقادية التي تنتشر بين العبارات الأخرى وبصوره غيره واضح حتى تصلح كـشرك . ويتم استبعاد الحاصلين على درجة عالية على مقياس الكذب .

ومن عيوب الاستبيانات أنه يشك فيها لاعتمادها على صدق المفحوص ذاته .

## ١- الاختبار الموضوعي :

وينقسم الاختبار الموضوعي الى نوعين أساسين هما :

الاختبار السلوكي والاختبار الفسيولوجي ، فالاختبارات الاولى تقيس بعض جوانب الأداء الصريح للمفحوص على مهام تجريبية محددة مثل السرعة - الطلاقه - العرونة - الاصرار وهكذا بينما المقاييس الأخرى ، تقيس ردود الأفعال الفسيولوجية على بعض المشـيرات الدفاعية . عن طريق تسجيل التغيرات في معدل النبض - ضغط الدم - مقاومـه الجلد الكهربيه ، افرازات الغدد وما يعوق كلا النوعين من الاختبار الموضوعي ليس مجرد استغراقها وقتاً طويلاً أو لانهما يستلزمان تسهيلات خاصة بالمعامل

المجهزه وأتدربين ، ولكن كلا النوعين ينقصهما الصدق والثبات فالدرجة التي يحصل عليها المفحوص عرضه للتأثير ودرجة كـبيره بالاحداث التي يتضمنها

موقف الاختيار وبالتالى فالنتيجة التى نحصل عليها من الاختبارات الموضوعية ضئيلة  
الأهمية بالنظر الى الجهد المطلوب للحصول عليها .

#### ٤- الاختبارات التعبيرية والاسقاطية :

وتعتمد الاختبارات الاولى على افتراض ان الشخصية تنعكس فى حركاتنا وحالاتنا المزاجية  
وطريقتنا فى العمل والآداء أى العزلة والاياءات وملامح الوجه والمظهر الخارجى  
والخط وغيرها . وعلى الرغم من ان محاولات التى بذلت لجعلها نوعية ومعكم ولكن  
يعوزها المصدق .

وفات الاختبارات الاسقاطية على خاصية ادراكية وهى أن الموقف الخارجى ان كان  
غامضا ومهما أو غير واضح فانه يفسح المجال لشتى التأويلات الذاتية ، فهى اختبارات  
مقننة تتكون من مواد مبهمه غامضه لفظية وغير لفظية ، سمعية وبصرية - لاستخدام  
هذه الاختبارات لقياس سمه واحده أو عدة سمات من الشخصية فى جملتها والكشف عن  
الجوانب اللاشعورية من الشخصية .

وتشتق الاختبارات الاسقاطية اساسها المنطقى مما يسمى بديناميات اللاشعور لتظهر  
التخيلات ومستوى الطموح والاتجاهات ومنها اختبار التات ( ) واختبار  
بقع الحبر ( الوروشاخ ) واختبار تداعى المعانى أو تكمله الجمل الناقصه .

ويؤكد " بلوف " على ضروره استخدام الاختبارات الاسقاطية بجانب الاختبارات السابقه  
بقوله " ليس هناك تعارض بين استخدام الاختبارات الاسقاطية والاختبارات السابقه التى  
تحاول قياس السمات الفرديه " المتميزه بصوره نوعيه ويجب على مصمم الاختبارات الموضوعيه  
والسلوكيه استخدام الاختبارات التعبيرية والاسقاطية .

سادساً : العلاقة بين السمات والعوامل والانماط:

فما سبق لتناولت الباحثة السمات وخصائصها وأنواعها وتعريفها فلا داعي للتكرار ولذلك  
نبدأ بالعوامل :

### تعريف العامل :

العامل هو مفهوم رياضي يفسر سيكولوجيا ومستمدا من استخدام منهج التحليل العائلي  
للعوامل الارتباط بين مجموعه من المقاييس السلوكية ويعرف العامل ومعجم ولمان ١٩٧٣ ،  
ص ١٣٩ ) على أنه التأثير الكامن والمسئول عن جزء من الفروق الفردية لعدد من المظاهر  
السلوكية ، ويعرف " صلاح مخيمر " العامل بأنه لافته رياضية لتكشف عدد من السمات أنتهت  
الى العمومية المجردة ابتداء من التسجيل القياس ولا يفرق بين العوامل والانماط الا من  
حيث الوسيله فالاولى تعتمد على التحليل العائلي والثانيه على ذاتيه الباحث وكلاهما  
تفكير بلغه الفئات ( المنهج الارسططالسي ) .

وبذلك يتفق رأي مع وجهه نظر ( فيرنون ) الذي يعتبر أن العوامل ينظر اليها  
أساسا على أنها قوائم التصنيف العقلي أو الأداءات السلوكية أكثر من النظر اليها كوحدة  
في العقل أو الجهاز العصبي وكذلك ( انستازي ) تذهب الى ان العوامل هي مجرد  
تصورات احصائية وهذا يتفق مع رأي ( ألبورت ) من أنه انتاج رياضي وليس له معني  
سيكولوجي .

توصل " جيلفورد " الى ١٣ عاملا أساسيا للشخصية بعد حساب الارتباطات المتبادله  
من بنود عديده من استخبارات ويذهب " جيلفورد " الى ان العوامل التي تحصل عليها من  
التحليل العائلي تشمل حقائق سيكولوجية .

واعتمد " كاتل " كذلك على التحليل العائلي ووجه اهتمامه الى تحديد السمات الاساسيه  
للشخصية وتوصل الى ١٦ عاملا للشخصية ، وباجراء التحليل العائلي لهذه العوامل  
الستة عشر من الرتبة الثانيه كشف عن وجود عامل الانبساط والعصابيه ويمكن ان يقارنا

معوامل "أيزنك" الأساسية والعصائية ولـ "كانل" وجهه نظر خاصه الى التحليل العاطلي على انه ليس منهجاً لتخفيض السمات . بل على أنه وسيلة هامة جداً للكشف عن الوحدات السببية أى السمات الأساسية ( المصدريه ) التي تكمن خلف تجمعات السمات السطحية التي ترتبط بصفريات الشخصيه . ومن هنا يتضح ان السمات المصدريه ( الاساسيه ) هي العوامل التي توصل اليها "كانل" من وجهه نظره .

### العوامل عند أيزنك :

تعتبر نظريه أيزنك عامله لاستخدام التحليل العاطلي ولكنه استعار لفظ البعد من الهندسه وهو يحدد نتجه لبحوثه خمس عوامل راقبه عريضه ذات أهميه في وصف الشخصيه وهى :

- ١- الانسقاط .
- ٢- العصائيه .
- ٣- الذهانتيه .
- ٤- الذكاء .
- ٥- المحافظه مقابل النفديه .

### البعد :-

#### تعريفه :

يعتبر تخصصاً بلغه رياضيه لعدد كبير من أعداد أخرى صغيره وهذه الأبعاد الصغيره تعف أدرك ما تكسب الى وتأثير النشاط النفسى أو مظاهره . ومعنى ذلك ان البعد ماهو الا اطار تنظم داخل مظاهر الملوك في مجموعات متناسكه الى حد كبير يجمع بين أفراد كل منها جامع الاتفاق في سرعه النضج واتجاهه فهى تردد معا وتنقص معا وتشت على قدر معين معاً .

ويعرف "سويف" أبعاد الشخصية بأنها مفاهيم احصائية في طبيعتها تقوم بمناخه خطوط وهمية كخطوط الطول والعرض على الكرة الارضية وليس لها وجود فعلى في الحياه النفسيه كوجود عمليات التفكير أو الحركة . ولكنها مع ذلك مفيدة جداً في بناء علينا كفاءه خطوط الطول والعرض لتنظيم قسط من معلوماتنا وفي علم النفس الحديث دارت الدراسات حول تحديد الابعاد أو العوامل المختلفه للشخصيه وقد نسميها محاوراً أو السمات وهي متعدده لسمى واحد .

ويتكون البعد عند أيزنك من عدد من السمات الاوليّه وتستمد السمه اهميتها في اسمها منها في التعريف العام للابعاد الكامنه للشخصيه أو طرزها واستخداسها في مزيد من التحديد لتلك الأنماط أو الطرز . والطرز تنظم للسمات في بنيان أكثر عموميه أى ان الطرز تقابل العامل العام والسمه تقابل العامل الطائفي .

### النمط :

لم يفرق "احمد راجح" بين الطراز والنمط ، ويعرفه بفته أو صنف من الافراد يشتركون في نفس الصفات العامه وان اختلف بعضهم عن بعض في درجه اتسامهم بهذه الصفات أو هو مجموعه من السمات المترابطه . فالنمط لا يعنى شيئاً أكثر من أن بعض الناس يشبهون أناساً آخرين معينه ، أى ان النمط يحتوى على أكثر مما يوجد في فرد واحد بعينه الأنماط لا توجد في الطبيعه ولكنها توجد في عين الملاحظ الباحث . أى انه مفهوم افتراضى تجريدى نظرى .

والبعض يطلق على النمط " للطرز" ولكن "البورت" يميز بين السمات والطرز على حسب مقدار اقتراب كل منها من الفرد فمن الممكن القول بأن الفرد يمتلك سمه معينه وليست طرازاً والطرز عباره عن تكوينات نموذجيه يقيمها الملاحظ ويمكن ان يطابق بينها وبين الفرد ولكن على حساب فقدان لهويته المميزه والسمه يمكن ان تعبر عن تفرد الشخص على حين يستلزم الطراز احفاء ذلك التفرد . وهكذا فان الطرز تمثل لدى "البورت" تميزات

مصطنعه ليس لها تشابه وثيق بالواقع . فى حين أن السمات انعكاسات حقيقيه . لما هو موجود .

### يونج وأنماط السيكلولوجيه

يرتبط بحث الانطواء والانبساط " بكارل يونج " وهو لم يبتكر تغيرات الانبساطيه والانطوائيه ولكنه أخذها من استعمال طبى شائع حيث كانت تستخدم بالتأكيد مند أكثر من مائتى عام كما أنه لم يكن أول من وصف هذه الانواع من المزجه كما يعتقد فهى ترجع الى ابعد من ذلك وقد فكر يونج فى النمطين نتيجة عمله الطبى مع المرضى العصبيين وهو يرى ان كل فرد يمتلك الميكانيزمسين من الانطوائيه والانبساطيه ولكن غلبه أحد الميكانيزمسين على الآخر هو الذى يحدد نمط الفرد .

فالمنطوى كما يرى " يونج " انسان مشغول بعالمه الداخلى من خيال ونشاط بدنى وهو غير قادر نسبيا على المشاركة الاجتماعيه ويتجه الييد وعنده الى الداخل على عكس المنبسط الذى يهتم بالعلاقات الاجتماعيه ويوجد فيها اشباعاً لحاجاته الليبيديه .  
وقد اضاف " يونج " وظائف اربعه أساسيه هى الاحساس - الشعور - التفكير - الحسوس وتلك تمثل المنابع التى يتلقى منها الفرد سواء عن طريق النظر أو الشعور أو السمع أو التذوق ومن ثم يستطيع ان يتعامل مع المعلومات الخارجيه والخبرات .

ومن أهم مقترحات يونج لتوضيح الانطواء والانبساط قوله بأن الاشخاص المنبسطين فى حياتهم الشعوريه يكونون انطوائيين فى حياتهم اللاشعوريه والعكس صحيح . ويضيف الى ذلك أن الشخص المنطوى مثلاً الى جانب وصفه الشعورى أو قل خلف وصفه الشعورى وضع لا شعورى منبسط يعوض آلياً جانبه الشعورى الوحيد وهكذا يكون اللاشعور بحسب ما نرى وظيفه تعويضييه بالنسبه للشعور .

ولقد بنى " يونج " مقياسه للتفريق بين المنطوى والمنبسط على متحولين الأول هو الميل



الى العمل الانبساطى المباشر وهو الذى يمكن أن يعتبر هذا النزوع الى التأمل وأحلام اليقظه والتبصر . والمتحول الثانى هو الاهتمام بالاشخاص الآخرين والفاعليه الاجتماعيه .

ويبدو لنا أن المتحولين يستقل احدهما عن الآخر ، ولكن هذا التقييم تعسفى ففى الامكان الدلاله على أشخاص يميلون الى أحلام اليقظه والتأمل وفى الوقت نفسه مهتمين بالنشاط الاجتماعى كما أنه من المهم أن نعلم أن العلماء والمخترعين يميلون الى الانطواء برغم اهتمامهم الشديد بالاشياء بل قد يكون هناك متحولات متنازجه فى التمييز بين المنبسط والمنطوى .

### الانطواء والانبساط

محور من محاور الشخصيه تنظم به مظاهر السلوك من حيث ما تفرضه من مظاهر تنذب بين الاندفاع والكف وما تعرضه من ميل لدى الشخص الى التعلق بقيم مستمده من العالم الخارجى أو بقيم غير مستمده من العالم الخارجى ويلاحظ أن مضمون هذا العامل عند "ايزنك" يطابق مفهوم الانطواء - الانبساط عند "يونج" ويسمى هذا البعد بالانطواء احيانا وبالانبساط احيانا أخرى نسبة الى هذا الطرف أو ذاك وجدير بالذكر أن هذا المحور لا علاقته له بالعرض النفسى وترجع فى نهايه الأمر الى درجه التنبيه العام السائد فى الانسجه العليا لكل منا .

### "ايزنك" ومحور الانبساط - الانطواء

انتهى أيزنك الى أن بعد الانطواء - الانبساط من الابعاد الهامه للشخصيه الانسانيه وقد يحاول أن يصنف الفروق الفرديه على طول ذلك البعد أو المتصل الكمي متصل الانبساط الانطواء ويمتد من طرف قضى الى طرف آخر مارا بمنطقة وسطى يكون فيها الناس لا هذا ولا ذاك وتشير الماده التى تجمعت لديه من التجارب أن أغلب الناس يقفون فى المنطقه المتوسطه .

وصف "أيزنك" المنطوى بأنه أكثر ذائبة بينما المنبسط أكثر موضوعية فالمنطوى يظهر —  
درجة عالية من النشاط الذاتى بينما المنبسط يظهر درجة عالية من النشاط السلوكى . والمنطوى  
يظهر درجة عالية من ضبط النفس بينما المنبسط يظهر ميلا نحو نقص القدره على ضبط ذاته  
والمنبسط يحقق التوافق عن طريق التعويض بينما المنطوى يحقق التوافق عن طريق التكوص واللجوء  
الى عالم الخيال والوهم .

وإذا كان "فرويد" قد وصف المنطوى على أنه عصائى فى طور مبكره فقد وجد  
أيزنك أنه لا يوجد ارتباط داخلى بين بعد الانبساط / الانطواء وبعد العصائيه وعلى ذلك  
نرى أن "أيزنك" لا يعود الى نظريه الانماط كما قال بها "يونج" بل هو فى الواقع يحاول  
التألف بفضل ما وصفه من اختبارات موضوعيه وما ابتكره من منهج احصائى جديد هو التحليل  
المعيارى وبين نظريه الانماط ونظريه السمات + ومن جهه يمكن التدرج من أحد طرفى البعد  
على الطرف المقابل له ومن جهه أخرى عملا بمبدأ الاقتصاد فى العلم فانه يقلل بقدر الامكان  
من عدد السمات أو العوامل لاصطفاء العوامل النقيه غير المتداخله والتي يمكن تعريفها  
تعريفا اجرائيا .

#### العلاقه بين الانطواء والانبساط والميل العصائى :

لقد تبين "يونج" جانبه للاضطرابات النفسيه والتي قسمها الى قسمين : الأول : أطلق  
عليه العسكاشينيا . والقسم الثانى وأطلق عليه الهستيريا .

ونجد أن الاعراض العصائيه التي تصنف تحت المجموعه الاولى هي حالات القلق والاكتئاب  
والخاوف العرضه والعادات القهره والوساوس . وفى المجموعه الثانيه نجد ضروب من اضطرابات  
الشخصيه . كانهراف السلوك وأخطاء الذاكره والعمى الهستيرى وغيرها من الاضطرابات  
العضويه الظاهره . وعند ما قبل يونج هذا التقسيم اقترح ان المنبسط ينزع الى أن يظهر  
الاعراض الهستيريه عند ما يعوض ، بينما المنطوى ينزع من مرضه الى السيكانينيا بين ثم كانت  
ملاحظه يونج مفده جديده .

وأوضح "ايزنك" أن المنطوى يعيل في مرضه الى عصاب من النوع الاول مبنا المنبسط يعيل في مرضه الى النوع الثانى من الاضطرابات الهستريه . رغم ان تقسيمات العصاب الى اضطرابات كالحصر والهستريا والمخاوف المرضيه أو مرض الحواز والافعال القهرية والسبكوباتيه لا تزال موصفا للجدل والخلاف وليست التشخيصات المستخدمه فعلا وتعريفاتها محل تساؤل فحبل بل أيضا قدرة الاطباء النفسيه على تطبيق تلك العناوين بأى طريقه ثابتة .

#### الانطواء / الانبساط ونظام التشيط الشبكي :

يرجع الاختلاف من فرد لآخر الى الاختلاف الاساسى في الأجهزه العصبيه أى ترجع الى نظام التشيط الشبكي . وهى طريقه معروفه فى المخ للضبط والتحكم فى الاثارة السائد « أو المنتشره للاثاره القشريه فى الكائن تجعله بل وتحافظ عليه فى حاله اتزان - والمنطوى أكثر نشاطا فى نظام التشيط الشبكي بسبب نقص المستوى للاثاره الخارجيه وأعلى من حيث مستوى الاثاره القشريه ولذلك يتطلب مستوى أقل من الاثاره للوصول الى الدرجه القصوى ( المثلى ) ويتضح من ذلك أن الانطوائى يتجنب تعريض نفسه لعزيب من الاثارات ومبيل للهروب الى نفسه ليجد الامان والهدوء . والانبساط على العكس بشيره النشاط الزائد وسوف يحدث عن اثاره خارجيه ويستمتع بوفره الضوضاء والتفاعل الاجتماعى والاشاره . ونستطيع ان نقرأ أيضا من تلك النظرية ان الانطوائى يمكن تشريطه بسهولة وانطفا ذلك التشريط أقل بطئا ولذلك دوره فى عمليه التشيئه الاجتماعيه ، فى الطفوله لكل منهما وهذا يعنى ان الانطوائى ينمو وهو أكثر حذرا ولا يقع فى الاخطاء والمخالفات أو المحرمات الاجتماعيه ، بينما الانبساطى قل سهولة فى التشريط وينمو مندفعاً ومخاراً ونشطا وعموما أكثر سبطره .

والعامل الثانى العصائيه أو " الثبات الانفعالى كما يسمى يرتبط بنظرية الجهاز الطرفى ودور المخ معروف ليحكم الحياه الانفعاليه المفرد عن طريق الجهاز العصبي الاونونسى ، والفرد ذو الجهاز الطرفى غير الثابت له قابليه عاليه للايحاء تحت الظروف المجهده وأكثر قابليه للاباء .

## عامل الوراثة والبيئة لتحديد الابعاد الاساسيه عند "ايزنك"

بدأ "ايزنك" دراسته حول أثر كل من البيئة والوراثة في بعد الانسباط / الانطواء والعصابه نحدد اثنين من المفاهيم التي تعد أسيه جداً في بحوث الوراثة الحديثه وهما : النمط الوراثي "والنمط الظاهري" ويعرف النمط الوراثي بأنه الجبله الوراثيه بينما النمط الظاهري هو نتاج النمط الوراثي والبيئة التي بدأ فيها الفرد .

وفترض "ايزنك" ان الشخصيه تتكون من عدّه طبقات أو مستويات أو منظمه بطريقه وعند معظم المستويات الاساسيه لوظائف الجهاز العصبي المركزي مع اعتبار ان التوازن بين الاشاره والكف بمثابة مصدر الاختلاف الدائم للفوق الفرديه .

أى ان المستوى الاول يمثل الكفر الاستثاره وهو يتحدد بالتأثيرات الوراثة كليه . والمستوى الثانى وتضح به ظواهر التشريط والتبغظ . . . الخ . وهى ظواهر تجريبيه يمكن ملاحظتها ولا تعتمد على الوراثة كله وتعكس التأثيرات السئيه وتؤثر فيها بدرجه أقل من السمات .

وفي المستوى الثالث توجد العادات السلوكيه أو السمات مثل الاجتماعيه والاندفاع والانبطاق والسطره والنشاط وغيرها . وهى التي تستخدم أساساً لتحديد الانسباط والانطواء . وفي هذا المستوى نتعامل مع الشخصيه من الناحه السلوكيه وهى تتشكل عن طريق امتزاج أو اتحاد العوامل الحويه للشخصيه ( توازن الاستثاره والكف ) والتأثيرات البيئيه فالسلوك الملاحظ ذا داله أو وظيفه للتفاعل بين النمط الوراثي وتأثيرات السئيه حيث تؤدي هذا التفاعل الى فروق سلوكيه وصفه ظاهريه في الانسباط / الانطواء يمكن قياسه بواسطة المقاييس السلوكيه المختلفه وباستخبارات .

ثانياً : النظرية السلوكيه : ( نظريه المثير والاستجابه ) :

وتقول النظرية السلوكيه ان الفرد في نموه يكتسب أساليب سلوكيه جديده عن طريق عمليه التعليم ويحتفظ بها .

وقد بنيت النظرية السلوكية على أساس من البحوث التجريبية العملية بهدف تفسير السلوك الانساني . ومن أوائل اقطاب هذه النظرية جيمس . وقد ساهم بافلوف اسهاما هاما حين أوضح عليه الاقتران الشرطى وما يتصل بها من عمليات التعزيز والتعميم وقضى واطسون على الذاتيه فى تفسير الظاهرات النفسيه . ووضع ثورندايك قانون الاثر والنتيجه . وجاء بعد ذلك هل . والشخصيه حسب النظرية السلوكيه هى التنظيمات أو الاساليب السلوكيه المتعلمه الثابته نسبيا التى تميز الفرد عن غيره من الناس .

ويحتل مفهوم " العاده " مركزا أساسيا فى النظرية السلوكيه باعتبار ان العاده مفهوم يعبر عن رابطه بين المثير والاستجابه واهتمت هذه النظرية بتحديد الظروف التى تؤدى الى تكوين العادات والى انحلالها واحلال أخرى محلها . والعاده عند اصحاب هذه النظرية هى تكوين مؤقت وليست تكوينا دائما نسبيا . كما أن العادات متعلمه ومكتسبه وليست موروثه . وعلى هذا فان بناء الشخصيه يمكن ان يتعدل ويغير .

وأبرزت النظرية أهميه الدافع أو الباعث ، وهو مثير قوى بدرجة كافيه لدفع الفرد وتحريكه الى السلوك . ومن الدوافع ما هو اولى موروث يتصل بالعمليات الفسيولوجيه مثل الجوع والعطش والجنس والالم ، ومنها ما هو ثانوى مكتسب متعلم مثل الحاجه الى الامن والانتقاء الى جماعه .... الخ .

وتحدث دولا رد وبيلر عن عدة مفاهيم فى عملية التعلم وهى : المثير والدافع والدليل والتعزيز والاستجابه . وتتناول كذلك مفهوم الصراع والعمليات اللاشعوريه . وبذلك يكونان قد زواجا بين نظريه هل فى التعلم وبين نظريه التحليل النفسى .

## " الشخصية والمرض "

### مقدمه :-

~~~~~

فى مواجهه وجود التقدم فى المستوى العصبى الفسيولوجى ظهرت الدراسات العلميه السيكولوجيه والشخصيه كنظره سطحيه تنتاج عدد كبير من النتائج العوجيه وتحليل الدراسات سواء الموجه أو العالیه منها فنجد ان الصوره مخطفه . ثم البرهيه وايجاد الادله على ان بعض الدراسات المبكره فى هذا الميدان عانت من الانتشار والتحمس الزائد للتعميم .

وبمجرد المحاولة لتطبيق النتائج على العينات الممثله ظهر المنحى الاعتدالى الذى ساعد على تحديد التفاصيل المبسطه المبكره وتم ايضاً تحديد عمليه المجانسه من العينات فى التفسيرات التالىه العمر - الجنس - الذكاء - التعليم - فتره العرض - المستوى الاجتماعى والاقتصادى والتفسيرات الحضاريه التى انبثقت بنسبه عاليه فى التعقيدات الرمزيه العمليه الخاصه بالمرض . وفى الخصائص الاتجاهيه المتطوره كوظيفته لهذه التفسيرات . وفى النهايه اتضح الاختلافات المنهجيه لتحديد نمط الاستنتاجات التى من الممكن استنتاجها بأمانه من المعطيات مثل المقابله الشخصيه التعمقه وقوائم الشخصيه التى تعتبر سطحيه فى تناولها ولذلك سوف تعطى صوره مختلفه ومنعكسه للشخصيه وخصوصاً فى العمليه الخاصه بالمرض .

## (١) شخصية المرض بالقرحة :-

بينما تمثل الصورة الاصله للشخصيه لمرضى القرحة بأنها سلبه واتكاليه الا ان هناك نمط آخر لهذه الشخصيه يوصفها عدوانيه . نشيطه . وكلا النمطين ممكن الاقتناع به في نفس الوقت وانها صادقتين بالرجوع الى بيناميات الشخصيه غير المباشره ( الاشعوريه ) ومع الصراعات الاساسيه التي يعيشها الافراد المتمركزه حول الحاجه الى العنايه والحب فنمط من المرضى حصل على الحاجات الاتكاليه . بينما النمط الآخر لحآ الى التعويضى الزائد . وبذلك يمكن اعتبار ان نمط الشخصيه القرحيه هي السلبيه الاتكاليه .

ولقد وجد كل من ( رولين - بومان Rulim & Boueman ) باستخدام رسنام المخ الكهربائي ( E E F ) ان المرضى بالقرحة تميزوا بنموذجين من الفلاس والمجموعه التي تميزت بتكرار اقل للآلفا تمثل اكثر من تخرج العدوانيه ومستقله بينفثا المجموعه التي تميزت بتكرار أكثر للآلفا اعطاء صوره بأنها سلبيه وشخصيه اتكاليه وغير مستقله .

كما حدد ( كاربوس وآخرون Karusetal ) نمطين من المرض بقرحة القولون

( ١ ) مجموعه نشيطه ومنضبطه واكثر استقلاليه .

( ٢ ) مجموعه سلبيه غير نشيطه ويروا انفسهم دائما كضحايا للأخرين .

وتعتبر قرحة المعده ضمن مجموعه الامراض غير معروفه السبب والعسبب المرضى مشتتلا على

القرح العروس للنساء، المخاطى الهضمى المطن للبرى أو المعدة أو الامعاء . والمجموعتين الرئيسيتين للقرحة المعدية هي القرحة الهضمية منتظمة على قرحة البرى والاثني عشر ومجموعة أخرى للقرحة الحادة للحهاز الهضمى العلوى ومن الممكن تمييزها عن قرحة المعدة المتقدمة والحادة أو القرحة المؤلمة .

وباستخدام المنظار الداخلى للقرحة الحادة اتضح أن كثير منهم معوى وهضمى مشتتاً على الالتصاقات الهضمية والمعوية . .

وعلى الرغم من التناقض والتضاد فى نتائج الدراسات الا ان هناك دليل على اعتبار القرحة المعدية والمعوية تمثل مختلف الامراض . وتحدث قرحة الامعاء فى مراحله اكثر تبكيرا من القرحة الهضمية فى العقد الرابع والخامس وتزداد نسبة الحدوث فى الطبقات الدنيا وفى النساء ولها خطوط مستقلة ومختلفة للانتقال الجينى ويوجد فروق بين حدوث القرحة فى اجزاء مختلفة من الحهاز الهضمى على سبل المثال الجزء الامامى أو البدائى للمعدة أكثر ما هو شائع مع قرحة بدايه انتفاخ الاثنى عشر عنه مع قرحة قاع المعدة . مثل هذا التباين يساعد على التوصل الى نتائج وتوصيات فى اجزاء القرحة ويساهم فى حل كثير من المشاكل . وأجريت كثير من الدراسات على انتشار وتوزيع مرض قرحة المعدة فى الولايات المتحدة الامريكية والمملكة المتحدة ( ١٩٥٠ - ١٩٦٠ ) وتعتبر احصائيات نوعه الا انها أوضحت ان معدلات مختلفة

بالنسبة للحساسية للحدوث بين السيدات مرتفعه عنه لدى الرجال



- ٣١ -

وحيث وجد انها تزيد بين الرجال وبعض الابحاث الاكثر حداشه أوضحت بدايه زياده النسبه قليلا بين السيدات وآراء آخرون حول تعادلها .

### ٣- شخصيه مرض الربو والحساسيه :

يوجد تناقض فى الدراسات الخاصه بشخصيه مرضى الربو والحساسيه وربما يرجع ذلك لاعتبار حالات الحساسيه ضمن زمله الامراض النفسجديه ووجدت ( بلوك Block . ١٩٦٤ ) فروق داله كينيكييا بين مجموعه الاطفال المصابين بالربو ومجموعه الاطفال المصابين بالحساسيه .

فالاطفال الحاصلين على درجات منخفضه على اختبارات الحساسيه يظهروا دلالة أكثر للعوامل السيكلولوجيه المنشأ فى ادراك الربو عند الاطفال الذين يحصلوا على درجات عاليه . وان كل من ( فريمان - وياكوبس ١٩٦٦ ، ١٩٦٧ ) هذه النتائج مع الراشدين فوجدوا ان الافراد أو الذين سجلوا استجابته للحساسيه بدرجه أكثر سويه والافراد الاقل استجابته للحساسيه يبدو

- ووجد ( كساب Kmapp ١٩٧١ ) ان المصابين بالربو لديهم زمله اعراض القلق والاكتئاب ومشاعر الذنب والخزي . والاندفاعات العدوانيه كلها شم كفيها .

### ٤- شخصيه مرضى سرطان الثدي :

أجريت كثير من الدراسات حول خصائص الشخصيه لدى السيدات المصابات بسرطان

الشدى . ولكن اغلبه تلك الدراسات تركز على الشخصيه بعد اكتشاف الاصابه وممن هذه الدراسات دراسه اتوماس ، فرانسيس ، ١٩٢٨ ) على ( ١٨٢ سيده منها ٣٢ مصابه ) بالسرطان ، ( ١٥٠ ) غير مصابه وباستخدام قائمه ( ايزيك للشخصيه ) واستخبار الحاجات النفسيه لجونسون ) وتم تطبيق المقياسين بعد اجراء العمليات الجراحيه ومبره اخرى قبل اجرائها . فأظهرت النتائج ان النساء المصابات بسرطان الشدى كن مكتئبات بالمقارنه بالمجموعه المصابه بأورام حميده . وظل الاكتئاب لفرته طويله كما وضع ان الاكتئاب مرتبط بأسلوب حياتهم وتقديرهم لذويهم وظهر بينهم خصائص اخرى في حياتهم وهى نقص فى الموده والعلاقات الاسريه الطبيعيه والالفه . وهذه المجموعه ايضا لا تتوقع الحب أو التفاهم من المحيطين بهن .

### شخصيه مرضى القلب

تعددت الدراسات حول مرضى القلب والعنايه بهم وتأهيلهم ودراسه أسرهم ودور هذه الاسر ومدى تأثيرها على الطله النفسيه للمريض وكذلك دراسه بعض الامراض النفسيه الناتجه عن المرض وشخصياتهم واتجاهاتهم . بل اكثر من ذلك ظهرت اتجاهات جديده لا مكانيه تطبيق كل من الغذيه المرتده والتشريط الاجرائى فى التحكم فى اداء القلب وان كان الاتجاه الاخير يهتم بالمرضى التاجيين ومرضى الاريشماس ( عدم اتساق ضربات القلب ) العصابين بارتفاع ضغط الدم الاساسى (Essential Hypertension) ومازالت نتائجها غير محدده .

دراسه (روهم وآخرون Rohmer, el al ١٩٧٠) فى جامعه ستراسبورج  
( بفرنسا )

الموضوع : رسم المنح الكهربائى لمرضى القلب اثناء النوم .

الهدف : توضيح اثر مرض القلب على رسم المنح اثناء النوم الليلي التلقائى .

العينه : ٣٢ حاله تعاني من قى خالعدم كفاءه البطين الايمن أو الايسر أو الصمامات أو من

المصابين بخليط من الاعراض المرضيه القلبيه وعمر العينه اكثر من ٣٠ عاما .

الادوات : جهاز رسم المنح الكهربائى مع حساب « ورات النوم » مراحل ( .

حاولت هذه الدراسه ايجاد ارتباط بين كل من :-

( ١ ) نوع العرض وعمر العينه .

( ٢ ) مداه النوم - التأخير فى الاستغراق فى النوم - اختلاف مراحل النوم - ساعات النوم

المؤرق - النوم المتميز بموجات بطيئه .

النتائج : أوضحت الدراسه ان نوم العينه المختاره من مرضى القلب تختلف عن العينه من

الاصحاء فى طريقه البدايه فى النوم ومداه التغير فى مراحل النوم الليلي التلقائى

وتأثير العمر محدود فهو يقلل من بطأ النوم - يقصر من مراحل النوم .

وظهرت الاضطرابات اكثر وضوحاً فى مرضى القلب سواء فى رسم المنح أو فى التواصل

والانتظام فى النوم ومراحله ووضحت اكثر فى مرضى اختلالات الصمامات . ثم

المرضى بعدم كفاءه البطين الايمن أو الايسر عن الحالات المصابه بأعراض

مرضيه قلوبيه أخرى .

وهذه الدراسة وان اهتمت بجانب هام بالنسبة لمرضى القلب وهو رسم المخ اثناء النوم  
الا انها توضح تأثيره أو ارتباطه بسلوك المرضى وحاجاتهم .

ولقد اظهرت هذه الدراسة نتيجة هامه وهى ان اصابه صدمات القلب لها تأثير على  
رسم المخ اثناء النوم لظك المجموعه بالذات وتعتبر اهم المضاعفات الناتجه عن الاصابه  
بالحمى الروماتيزميه .

دراسة ماكهايلوفا Makhaililova, I.A ١٩٧٠ فى المركز الطبى للتدريب

"بموسكو"

الهدف : محاوله لاقامه ارتباط بين اصابه تلب الام وحاله الجهاز العصبى للوليد .  
العينه : ٣٣ طفل حديثى الولاده من أمهات مصابات بالقلب ( ٢٦ مصابه بروماتيزم  
القلب ، ٧ مصابات بمرض وراثى الأصل ) .

النتائج : يتتبع هؤلاء الاطفال . فقد ظل منهم ٣١ طفل على قيد الحياه أو ظهر  
أربعة منهم إصابات جينيه ( Embriopathy ) واششاء  
فترة الحمل وظهرت بعد الولاده . ( ١١ ) منهم ظهرت لديهم اضطرابات  
فى الجهاز العصبى المركزى فى الايام الاولى بعد الولاده وتم استكمال الدراسه  
بتتبع حاله ٩٨ طفلا حديثى الولاده لمدته سنه من أمهات كلهن مصابات  
بروماتيزم القلب واستنتجت الدراسه وجود مجموعه من التغيرات الاساسيه فى  
الجهاز العصبى المركزى فى ٦٣ طفلا من بين الاطفال . كما حدث للبعض

الآخر تغيرات متمايه في الجهاز العصبي وقد ارجعت الاسباب الى نزيف داخل الجمجمه  
اشاء الولاده كما وضع على ٢٣ طفلا من بين الاطفال تأثيرات واضحه في الجهاز العصبي  
المركزي بعد فتره من الولاده .

ولم توضح هذه الدراسه | وان تناولت تأثير الاصابه للام " مرضها بعرض روماتيزم القلب "  
على الجهاز العصبي للجنين ( نوع هذه التأثيرات ومداهها . ولو انها اوضحت مدى  
خطوره العرض وربما يرجع النزيف داخل الجمجمه او اصابه الجهاز العصبي المركزي  
الى ضعف الام . وحالتها الصحيه السيئه بغض النظر عن ان الاصابه بروماتيزم القلب  
هي السبب أولا . . . . . وكان على الباحث ان يعقد مقارنه بين امثالهم من الامهات  
المصابات بأمراض أخرى للتأكد من النتيجة حتى يتسنى له تفسيرها .

وهذه الدراسه وان لم تتعرض للجانب النفسي وشخصيه المصابات واطفالهن  
الا انها أظهرت مدى خطوره العرض بالنسبه للفتيات ونظرتهم للمستقبل باعتبار  
ان العرض عائق للتوافق في الزواج والانجاب .

دراسه لويس بيشوب وفيليب ريكارت Bishop, Louis F. & Reichert  
١٩٢١ بمستشفى برناباس بنيويورك .

الموضوع | العلاقه بين القلق والاريشاس ( عدم اتساق نبضات القلب ) .  
الهدف: دراسه للاسباب الطبيعيه ( العضويه ) والانفعاليه للاريشاس وتأثيرها  
على حالات القلق .

العينه : عدد من الحالات المصابه بالاريثماس بالا ضافه الى حالات خطره أخرى من المصابين بارتعاش البطين ( Ventricular Fibrillation ) وتم دراسه هذه الحالات لمعرفة اثر الحاله الانفعاليه على اضطراب نبضات القلب بقياس القلق لديهم وكذلك الحالات المصابه بارتعاش البطين .

النتيجه : أوضحت الدراسه ان الاسباب العضويه ليست هى المسئول الوحيد عن الاصابه باضطراب فى نبض القلب بل للحاله الانفعاليه تأثير على نبض القلب . أى أن تزامن القلق لدى الشخص يؤدى الى هذا الاضطراب . كما أوضحت الدراسه ان اضطراب نبضات القلب يؤدى الى القلق . وكان على الباحث فى هذه الدراسه ان يقسم العينه تبعاً لنوع المرض الى مجموعتين لتحرى الدقه فى النتائج ولن توضح الدراسه الادوات المستخدمه والضبط التجريبي كما ان قيام الباحث بقياس القلق وحده ليس كافياً للالمام بشتى الجوانب الانفعاليه التى تسبب اضطراب نبضات القلب .

وان كانت هذه الدراسه قد تناولت الجانب العضوى والانفعالى فى تفاعلها الا انها ركزت على الجانب الانفعالى كسابق للاصابه العضويه .

دراسه ليون ، كيش وادوارد ( Lyon , Keich, & Edward ) ١٩٢٥

جامعه مدغشقر

الموضوع: الاسره كمصدر بيئى : دراسه لمقارنه المضطربين عقليا من مرض القلب والاسوياء من الاطفال والاباء .

الهدف: ١- تحديد الاختلافات فى دعائم التكوين الاسرى بين اسر المضطربين والمرضى  
والاصحاء أى تقدير الذات ( الفرديه ) للطفل لكلا الابوين وخصوصاً مرضى  
القلب .

٢- دراسات الحاجات الاساسيه للطفل المصاب التى تساعد على تحمل ضغوط  
المرض .

العينه: تتكون من ١- مجموعه من الاطفال المصابين باضطراب عقلى .

( Mentally Disturbed ) خفيف ويظهر على هيئة اعراض  
أولييه بسيطه .

٢- مجموعه من الاطفال المصابين بأمراض قلبيه خطيره وتحتاج الى الفحص والعنايه  
الكلينيكيه .

٣- مجموعه من الاطفال الاصحاء وتم جمعهم من المدارس .

الادوات : اختبار موضوعى ( موقفى ) حيث طلب من الاطفال اداء بعض المهام أو التفكير  
فى حل مشكله لده ١٥ دقيقه فى وجود الآباء كل على انفراد مع تقدير مدى  
لحاجت الطفل للمساعده ومدى تقبله لها أو نبذها لها ومثابرتنه وطلب من  
الآباء تعليم قطعته من الشعر مثلا لده ١٥ دقيقه أخرى لاطهار طرفى  
العلاقه بين الآباء والأبناء .

النتائج : تم مقارنة المجموعات فى أزواج .

١- اختلقت مجموعه الاضطراب العقلى عن الاصحاء بعدم تأكيد الآباء للقيمه الذاتيه  
الغريبه لهؤلاء الاطفال وتأكيد الامهات للقيمه الذاتيه لهم .

٢- اختلقت مجموعه مرضى القلب عن الاصحاء بعدم تأكيد كل من الآباء والامهات للقيمه  
الذاتيه لهؤلاء الاطفال المرضى .

مما سبق يتضح الصراع بين تأثير الآباء والامهات مما يزيد التناقض الوجدانى ولا يعطى  
أساساً ثابتاً لتكوين مفاهيم الطفل عن ذاته وعن الآخرين كما يظهر عند الاطفال  
المصابين بالقلب بصورة واضحة فى ميلهم الى الهرب من الضغوط النفسيه ويناقض  
ذلك ما يظهرونه من التمتع بامتيازات نظراً لظروفهم الصحيه . وهناك عدده ملاحظات  
على هذه الدراسه .

أولاً : ان احد اهدافها هو تحديد الحاجات الأساسية للطفل المصاب ولم يظهر ذلك  
فى استخدام الادوات أو النتيجة التى توصل اليها الباحث .

ثانياً ركزت الدراسه على الجانب الاجتماعى للأسره كمدعم للطفل ولم تظهر الاشر  
النفسى على شخصيه الطفل واعتمدت على الاختيار الموقنى وحده وهذا لا يكفى لتوضيح  
تقدير الذات ولا يمكن عن طريقه تقدير حاجات الطفل . كما اعتمدت الدراسه فى تقدير  
الذات على وجهه نظر الآباء والامهات من وجهه نظر الاطفال .

ثالثاً : لم تتم مجانسه العينات التلاق ما امكن حتى يتم الامساك بالعوامل المسئوله

عن التنكبل من قبه الذات لدى كل مجموعه لزيادة تهيباً



رابعاً : كيفية مقارنه الاطفال المصابين باضطرابات عقليه مع كل من مجموعه مرضى القلب والاصحاء .

وكان على الباحث لكي يلم بدراسه الاسره كمدعم اساسى فى حياه الطفل واظهار دور الالباء ان يقوم بدراسه سمات شخصيه الاطفال وآبائهم وخصوصاً المجموعه المرضيه نظرا لما تعانيه من ضغوط وتحريمات .

خامساً : هذه الدراسه وان تناولت مجموعه الاطفال المرضى بالقلب الا انها لم توضح اصابتهم بروماتيزم القلب أى المرض خلقى وكذلك لم تلم بأنماط وسمات شخصياتهم .

دراسه تايلكا وجان ( Tylka , Jan ) ١٩٧٦ بمعهد القلب

بوارسوفى بولاندا

الموضوع : تحديد الفروق فى سمات الشخصيه بين مرضى هبوط القلب وفق حده المرض .  
الهدف : تحديد سمات الشخصيه لمرضى هبوط القلب وربطها بدرجة شدة المرض بين كل من النساء والرجال .

العينه : تتكون من ٢٩٣ رجل ، ١٩٣ سيده بهبوط القلب .

الادوات : اختبار ( Adjective cheek list ) لتقدير القدرات

واختبار تايلور للقلق . وتم تقدير وقياس السمات الآتية باستخبار للشخصيه .

العدوانيه - الاتجاه الدفاعى - الضبط الذاتى - الاستقلال - الشعور بالنقص

المرغبه فى التغيير - التهور .

- النتائج : لم توجد فروق ذات دلالة احصائية بين النساء في القدره على فهم انفسهن وفهم الآخريات كذلك لم تظهر فروق داله في حاجتهن الى الاستقلال والتعبير والشعور بالنقص وظهرت لديهم حاجه للمساعده ووجدت فروق ذات دلالة احصائية بين الرجال في الاتجاه الدفاعي - الضبط الذاتى - العدوانيه - المثابره .
- الافراد المصابون بهبوط شديد في القلب أكثر ضيقاً وتبرما وانفعالاتهم تنصف بالعدوانيه والتهور وهم اكثر اهتماماً بأنفسهم .
- ويظهر من هذه الدراسه ان الباحثه وضعت الإنبساء في مقابل الرجال في السمات المختلفه كنوع من المقارنه وان كان ذلك ليس من أهداف هذه الدراسه بل الهدف هو تحديد مستويات شدة العرض ثم ربطها بالسمات عند كل من الجنسين ولم تضع تفسيراً واضحاً لهذه النتيجة التى أظهرت التأثير السلبي للعرض على الرجال أكثر منه عند النساء .
- وكان يجب على الباحث ان تقارن مجموعه المرضى بمجموعه اصحاء خاليه من ايه امراض عضويه لتحرى الدقه فيما تتوصل اليه من نتائج .
- وتتميز هذه الدراسه باشتغالها على سمات انفعاليه عنيده في الشخصيه ولكن يعوزها دراسه لبعض الحالات دراسه كينيكيه لتدعيم الدراسه التجريبيه .
- دراسه (محت ماده هاوماكسينا Seth. Madha & Saksena ١٩٧٧) في الهند
- الموضوع: شخصيه المرضى ( بالسرطان - مرض القلب - الدرن - وأمراض أقل خطوره )
- الهدف : مقارنة عوامل الشخصيه لدى هؤلاء المرضى باستخدام اختبار كاتل ( ١٦ عامل )
- الترجمه الهنديه له .

العينه: تتكون من ( ٤٠٠ ) من المرضى بالسرطان ومرضى القلب ومرضى الصدر وبعض الامراض الأقل خطوره وتم مجانستهم مع ٤٠٠ من الأصحاء فى السن والجنس والمستوى التعليمي والحاله الاجتماعيه والاقتصاديّه .

الادوات: اختبار كاتل لعوامل الشخصيه ( ١٦ عامل ) بعد تنقيّه وترجمته على البيئه الهنديه وتم تقسيمه الى اربعه عوامل أخرى أعلى رتبه بعد اجراء التحليلات الرياضيه والأربعه عوامل الأساسيه هي :

( ١ ) التوافق - القلق ( ٢ ) الانطواء - الانبساط

( ٣ ) الاتزان الانفعالى - عدم الاتزان الانفعالى ( ٤ ) الخضوع - الاستقلال .

النتائج : ١- اظهرت مجموعه مرضى السرطان اختلافاً ذا دلالة عن المجموعه الضابطه فى كل من العوامل ١ ، ٢ ، ٣ لصالح المجموعه المرضيه ولم يختلفوا فى العامل ٤ .  
( ٢ ) اختلفت مجموعه مرضى القلب عن المجموعه الضابطه فى العوامل ١ ، ٢ ، ٣ ، ٤ لصالح المجموعه المرضيه .

( ٣ ) اختلفت مجموعه مرضى الدرن فى العوامل ١ ، ٢ ، ٤ لصالح المجموعه المرضيه ولم يختلفوا فى العامل ٣ .

( ٤ ) المجموعه المصابه بالامراض العضويه اقل خطوره لم تختلف اختلافاً ذا دلالة فى العوامل الاربعه للشخصيه .

الشخصيه التاجيه : Coronary Personality

قام ( ماردكون وبارسون ١٩٦٨ ) بمراجعته الكتابات الخاصه بالشخصيه التاجيه منذ ١٩٣٥ وحتى عام ١٩٦٧ فلم يجدوا تناسك محدد للخصائص التي تميز الشخصيه التاجيه بالدا فطلبتانفس القوى والرغبه الملحه للمعرفه والتقدم و الانجاز والميل الى المهن والهويات المعقده .

ولم يجد كل من ( فريدمان وريشان ١٩٦٣ ) تناسك للصراعات الاساسيه التي تخص الشخصيه التاجيه . فعلى سبيل المثال تم كتب الميول العدوانيه الشديده وتتناقض نتائج الدراسات التجريبيه مع الكينيكيه .

ودراسه اخرى عن التنبؤ بنتائج القلق والاكتئاب بين المرضى التاجين باستخدام طريقه ماركوف للتحليل قام بها ( بروس ورددا ١٩٧١ ) وتعتمد طريقه ( ماركوف ) على مقولته تعنى انه لا توجد عمليه تفسير في العالم لا تعتمد على غيرها وعلى هذا فان الطريقه تمدنا بوسائل احصائيه للتنبؤ بمستقبل الظاهره بعرفه طريقه سلوكها الحالي بدون الحاجه الى أخذ تاريخها القديم في الاعتبار واحتمالات التغير من حاله الى اخرى تعتبر ماده انتقاليه وحل تنظيميه أم غير منتظمه مستقره أم لا . وتقدر احتمالات التغير في الظاهره ومداء الزمنى ومتوسط الزمن المطلوب لاجداث التفسير ويمكن الحصول عليه بدون الاعتماد على الوقت الحقيقي للتجربه .

واستخدام هذا الاسلوب للتنبؤ بالتغيرات ل سرطان الشدى ودرجته أوشده النسوم في ظروف تجريبية مختلفه ، الصفات الوراثيه . وبالنسبه ل مجال البحث فى

فى النواحي السيكولوجيه فاستخدم لتتبع القلق والاكتئاب لدى مرضى القصور فى الاوعيه الدمويه القلبيه حيث تزيد درجه الاكتئاب والقلق مع زياده شدة المرض . وخاصة عند ازمان تلك الحالات .

وتت هذه الدراسه على ( ٧٧ ) رجل منهم ( ٣١ ) مرضى تاجيين ، ( ٤٦ ) اصحاء وتم بجانبه الحالات المرضيه والاصحاء من حيث الجنس والسن والسلاله والمسمى والمستوى التعليمى وبقدر الامكان من حيث الطول والوزن وهذه الحالات تكون جزء من مجموعته أكبر من ( ١٠٩ ) متطوع شاركوا فى هذه الدراسه لمدته ( ٧ ) سنوات . وتوفى منهم ( ١٢ ) حاله اثناء البحث ، ( ١٥ ) حاله من الاناث لم يكملوا الاجراءات . وتم جمع الحالات من العيادات وأقسام المستشفيات الجامعيه فى ( أوكلاهوما ) وتم الفحص المعملى والكلينيكي فى فتره من ( ٦ - ٨ ) اسابيع ولأهميه القلق فى المراحل الاولى من الاصابه التاجيه فتم تقدير القلق باستخدام اختبار ( بندنج ) وأمكن التمييز بين المرضى والأصحاء من خلال عشر بنود وهى :

- ١- لا استطيع الاستيقاظ بسهولة
- ٢- اشعر بعدم الارتياح والتوتر
- ٣- افقد صبرى بسهولة
- ٤- دائماً على عجل فى اداء المهام .
- ٥- لست فرداً قوياً فى مواجهه الصعاب
- ٦- اصبح عصبياً اذا جلست لمدته طويله .
- ٧- دائماً قلق على شئ ما
- ٨- اشعر بأننى دائماً اقايل اشياء معيتمه
- ٩- اشعر بالتوتر عند القيام بعمل ما وبعده
- ١٠- اشعر اننى اوقع نفسى طيله الوقت للحصول على اشياء بسرعه .

- ٤٤ -

وتتراوح الدرجة ما بين ( صفر - ١٠ ) درجات .

■ ورغم تقدير الاكتاب باختبار | ويلش ( We lsh ) وتتكون من ( ٢٤ ) بند  
ولكن في المراحل الاولى لا جراء الاختبار ظهر ان ( ١٥ ) بنداً منها ميزت بين اعراض  
الاصحاء وهمى :-

- ١- اشعر بعدم فائدتى
  - ٢- اشعر بالعنف بدون سبب
  - ٣- عندى شهيه للأكل
  - ٤- اشعر ان الآخرين يمكن ان يصبحوا افضل منى
  - ٥- اعانى من اضطرابات النوم ليلا
  - ٦- لا افكر فى نفسى كثير .
  - ٧- تظهر كل ايامى دائماً متشابهه
  - ٨- تظهر الحياه مملّة وفاتره بالنسبه لى
  - ٩- افكر فى حياتى واتعجب احياناً لماذا وجدت
  - ١٠- انا لست دائماً مملّا
  - ١١- اشعر كأننى اسقط نى المستنقعات
  - ١٢- اشعر بأننى متعب عند
  - ١٣- لا افضل الاهتمام بنفسى كثيراً
  - ١٤- اشعر بخيبه الامل نحو المستقبل
  - ١٥- اشعر انه ليس لى طاقة لعمل أى شئ .
- والدرجة تتراوح ما بين ( صفر - ١٥ ) .

## شخصيه مرضى الصداع :

يعتبر الصداع مرض شائع جداً . وغالبا ما يحدث بسبب الصراع الانفعالى وبوجود انماط عديده من الصداع ولا تعتبر كلها أمراض وينقسم الصداع حسب نشأته الى الانكاس العضلى العصبى . الصداع النفسى - الحساسيه وحدوثه عن طريق الاجهاز الزائد أو زياده الضغط داخل الدماغ ( الرأس ) أو ينقسم تبعاً لنمط الالم الذى يعانى به المريض ومناطق توزيعه ( نبض أو ضغط ) وانواع فجائى أو انفجارى أو متقطع أو مستمر أو جبهى فى مؤخره الرأس فى كلا الجانبين أو واحد الجانبين ويوجد تصنيفات عديده للصداع ومن اشهرها التصنيفين الاتيين :

### أولاً : تصنيف ( دولمان )

Conversation headache

#### ١- الصداع التحولى

تعتبر بعض أنواع الصداع ذات المنشأ الانفعالى تحولىه الأعراض وهستيريه والى تنتج عن العدائيه المكبوتة أو الاندفاعات الجنسيه وتأخذ معنى رمزى يخص المريض ولا يوجد أى تغير فسيولوجى فى ردود الفعل التحولىه وهذه من الصعب تحديدها وقد سجلها التحليل النفسى لعدد من الحالات .

Migraine headache

#### ٢- الصداع النفسى

حدد الصداع النفسى تحديداً كلىنيكيا جيد بالنسبه الى الجانب الفسيولوجى

والاعراض المرضيه بالرغم من ان أصل نشأته ما زال يحمل الكثير من الخفايا . وتتميز بطبيعتها الدوريه . والاضطرابات الاولييه أو علامات المرض ومنها صعوبات فى الكلام وألم جانبي فى الحالات العاديه . وترتبط بمخاوف ذاتيه ، وتتميز النوبات غالبا بالقسئ الذى يتبعه عادة حاله ( euphoric state ) أى حاله من النشاط والخفه . والميكانيزم الفسيولوجى للألم شرح على اساس انبساط وتعدد الوعاء الشرياني الدماغى والجمعى كنتيجه لاتساع الاوعيه الدمويه وتبين هذه التوضيحات كيف يعطى هذا المرض مضاعفاته مثل هذه الاثاره المفاجئه من نوبات المرض بسبب تأثيراتهم الانقباضيه ونوبه الصداع النصفى الحقيقى ( الألم على الرغم من انها تسبق بمرحله بدائيه للانقباض الا انها تنتج الانذارات الاولي أو العلامات للمرض .

- اعتبر " وولف ( Wolff ) الانبساط هو تعويض زائد للانقباض . ووجد مع مساعديه ( ١٩٥٢ ) الدليل التجريبي على وجود العامل المركزى أو العوامل الفعاله من خلال الصداع النصفى التى تدمر النسيج والتى تخفض بدايه عند الألم .

- وافترض داليسين Dalessis ١٩٦٢ | ان مرحله الصداع النصفى تنتج عن المراكز المحركه للاوعيه الدمويه المركزيه غير المستقره التى تتشأ كجزء للنموذج غير المناسب المتعلم للاستجابه . وهذا الاضطراب فى وظائف المراكز المحركه للاوعيه الدمويه ترتبط مع زياده تنشيط الوعاء الجمعى والذى يميز نوبه الصداع النصفى تنتج الفيه الوقائيه ( للمشير جيد Methysergide ) بتأثيره على



وظائف المراكز المحركة للأوعية الدموية وكيفيه الاستجابات الانقباضيه للأوعية الدموية  
الجميعيه ولأمينات الكاتيكول catecholamines داخلية المنشأ  
وخارجيه أيضاً ونشاط ( الانتسروتونين ) ربما هو المسئول عن قدرته على تطييف  
( اضماد ) وظائف المراكز المحركة للأوعية الدموية المركزيه والدليل السابق  
عن دور المراكز المنظمه والمحركة للأوعية المركزيه والسيرتونين في الصداع النصفي  
جميعها ( آبيوت ١٩٦٢٠ ) والتي سجلها عن ( ٢٧٢ ) مريض  
بصداع لتكرر بشده وتعاطى ( ميسر جيد ) وقائى لعدة أكثر من سنتين - وكان  
عديم القيمه في الصداع العضلي العصبي بينما تأثير الميسر جيد واضح في الصداع  
النصفي المتقدم وليس له تأثير على الاشكال الأخرى من الصداع ووضح ان الميسر  
جيد يوشر في منع الصداع النصفي والحساسيه وى نوع آخر من انماط الصداع الدعائى  
والذى يقوم على اساس اضطرابات فى تنظيم الاوعية المحركة المركزيه . وتأثيرات  
( السبروتتين ) ووصف نمط الشخصيه الاستعدادى الذى يميز الافراد المصابين  
بنمط الصداع النصفي أو يظهر لديهم بعض سمات مرض ( الاكروميغالود  
Acromegoloid ) اى معظم الأطراف تانج عن اختلاف الغده النخاميه مصحوب  
بالتأخر فى النمو الانفعالى والذكاء العالى وطبقاً لرأى هؤلاء الكتاب فأن  
الصداع النصفي يظهر عندما يفتقد الافراد الحمايه المنزليه وخصوصاً الاستغلايه  
عن الام والتي تساعد على تجنب مواجهه المسئوليات للمعيشه بعفردهم .  
- وعالج كل من ( فررم وراكمان Fromm & Rachman ) ثانيه مرضى

بالصداع النصفي باستخدام العلاج النفسى . ووجد ان اغلبهم لديه عذائيه واندفاعات  
حقدية ( حقدية ) وتكون موجهه اصلا الى الاشخاص الجذابين والاذكياء والذين  
بتفوقوا عليهم ونقلب ضد الذات بسبب الشعور بالذنب .

( ولخص ) وهلف في خصائص شخصيات الافراد المصاد بين بالصداع النصفي بالاضافه  
الى اسهاماته الفسيولوجيه ووجد ان لديهم زياده فى التفانس ولديهم ميول الى  
الكاليه وصلابه ويتميزوا بعدم القدره على تحمل المسئوليه - وينتج الاتجاه الاستيائى  
المزمن من نقص النجاح فى معاملته الاندفاعات الحصارية وتقدير المسئوليات والكاليه  
والطموح . ويتطور وينمو الاتجاه نحو التعب والاجهاد . وتساعد الاحداث الخارجيه  
فى زياده عدد نوبات الصداع النصفي

بالاضافه الى بعض الخصائص الأخرى مثل الخاصيه القهرية الحصارية والصداع والقلق  
كما يتميز مرضى الصداع النصفي باتجاهات سطحيه .

- اهتم ( ليبمان Lippman ) بالاحلام المسجله للمرضى بالصداع النصفي  
ووصف نماذج الأحلام المختلفه التى تحدث طبقاً لما وصفوه ووجد ان نماذج الأحلام  
تساعد على عمل التشخيص وتتميز بالتالى :

١- الالوان الجذابه . ٢- التكرار الدورى .

٣- المحتوى يختلف فى وقت العرض عما هو موجود طوال حياه الفرد .

٤- صور الكوابيس التى توقظه من نوميه .

استمرار الهلوس بعد اليقظه من النوم والغضب أو الثوره المكبوتة المسئولة عن نوبه الصداع النصفى . والم النوبه المرضيه يأتى فجأه عند الغضب ثم ينتهى فجأه أيضا اذا اصبح المريض داعيا بغضبه واعطى تعبيرا عنه بكلمات واضحه . وقامت تلك الملاحظه ارتباط خاص ومباشر بين الغضب المكبوت والصداع النصفى .

٣- الصداع الناتج عن ارتفاع ضغط الدم ( Hypertensive headache )  
واحيانا يطلق عليه الصداع الوعائى . وبدراسه حاله ( ٥٤ ) مريض بهذا النمط لمدته ثلاث سنوات ومنها الصداع الجبهى والمؤخرى ويحدث باستمرار فى الصباح الباكر . ووجد أن أكثر من ( ٥٠ ) يعانون من ضغط دم مرتفع رغم إعطاء الأدوية المضاده لضغط الدم المرتفع كعلاج . وأقل من ( ٣٠ ٪ ) تخلصوا من الصداع واستجابته ضغط الدم معتدله .

وبدراسه لـ ( ١٢٩٦ ) مريض صداع وجد أن ( ٢٠ ٪ ) منهم لديهم ضغط دم مرتفع ظهر لديهم صداع نصفى و ( ٣٠ ٪ ) فقط منهم لديه صداع نصفى وضغط دم مرتفع . مع ظهور كثير من أنماط الصداع الناتجه عن الاضطراب الانفعالى .

ومن الدراسات التى تمت عن مرضى الصداع الدراسه التاليه :-

دراسه نفسيه للصداع التوترى كاضطراب سيكوفسيولوجى وعلاقتها بمركز الضغط

قام بها هاسون آلين ( Haisson, A. ) فى جامعه كاليفورنيا

الجنوبيه ١٩٢٢م .

هذه الدراسة تكشف عن العلاقة الداخلية بين ثلاثة مفاهيم :

( ١ ) مفهوم الطب السيكوسوماتي ( ٢ ) الصداع التوترى كاضطراب سيكوفسيولوجي

( ٣ ) مركز التحكم كمتغير سيكولوجي في تحديد الاستجابة الفردية لبيئته الفرد .

وصفت الدراسة ( ١ ) التخطيط التمييزي لإحصائي والخصائص الدينامية التي تتميز مجموعته

مرضى الصداع التوترى ( ٢ ) لتحديد وتوضيح استخدام مركز الضغط والتحكم كخاصية محددة

لمرضى الصداع التوترى . ( ٣ ) لتحديد مدى انتشار مفهوم المظهر الخارجى الدفاعى

باكتشاف الطبيعة المتباينة لمركز الضغط والمظهر الخارجى الدفاعى وحدودا ( وتميزوا )

بأنهم افراد طموحين ومتميزين باتجاه السلوك المحيط المتوقع للداخلات ولكن هـيـمـي

التي تقوم تماماً على الاتجاهات الخارجيه مهما حدث الفشل أو كان على وشك الحدوث .

واستخدم في الدراسة مقياس مركز الضغط الداخلى والخارجى فى ( M M P I )

ومقياس الثقة بالنفس واستخبار صمم الباحث .

وتكون العينة من ( ٨٨ ) مريض صداع توترى اختيرت من عيادة الصداع وانقسموا الى ( ٥ )

فئات على اساس شدة الم الصداع .

وصيغت الافتراضات لتحديد ( ١ ) العلاقة بين توهم المرض والهستديا والاعتادييه

والمسئولية والعدوانيه والعدائيه والصداع التوترى .

( ٢ ) العلاقة بين التحرك والشكل والصداع التوترى

( ٢ ) العلاقة بين مركز الضغط الخارجى والصداع التوترى .

وتم معاملة النتائج الاحصائية الوصفية والتقنيات الارتباطية حسب متوسط الدرجات - واشتقت درجات ( Z ) لتحديد ما اذا كانت الفروق دالة بين عينه البحث والمجموعات المصادفة . واستخدام اختبار ( T ) لمتوسطات العينه المستقلة لتحديد ما اذا كانت الفروق الجنسية تعكس في درجات العينه ام لا .

واستخدمت معادله ( بيرسون ) لحساب معامل الارتباط وحساب العلاقة بين المظاهر الخارجيه والصداع التوترى .

واستخدام طريقه تحليل الانحدار المتعدد | - (Multile Regressias - analyses - لتحديد العلاقة بين المظاهر الخارجيه الدفاعيه والصداع التوترى .

واستنتج ان مرضى الصداع التوترى حصلوا على درجات داله وعاليه على الهيبيكوندريا والهستريا والمسئوليه بمقارنتهم بالأسوياء . ومتغير الإتكاليه لم يكن حاسم بالنسبه لهذه المجموعه وتم كف المبول العدواني والعدائيه لديهم . ولم يوجد فروق ذات دلالة بين الجنسين من حيث الدرجات .

وعينه البحث ( مرضى الصداع التوترى | ( ٥٢ ٪ ) للرجال ، ( ٢٢ ٪ ) للسيدات أحبط لديهم التحول فى مقابل الشكل أو الصوره ( Configuration ) وحدوث هذه الاصطلاحات اجرائياً فى دراسته .

- ووجد أن العلاقة داله بين مرضى الصداع التوترى ومركز الضبط الخارجى . والصداع التوترى والمظهر الدفعى الخارجى . فى عينه البحث . ورغم ذلك عند مقارنته

عينه البحث والعينات الصادقة على كل من المظاهر الخارجية والمظاهر الخارجية  
الدفاعية فوجدت داله على مستوى ( ٠.٠٥ ٪ )

وكما سبق لم يستطيع الباحث ايجاد تمييز واضح في اصطلاحات مركز الضبط والصداع  
التوتري بينما وجدت الميول في اتجاه الفروض داله احصائية وزودت الد راسه بتفصيل  
احصائي وصفى وتحليل كلينيكي لعينه الصداع التوتري مشتمله على الداله الاقتصاديه  
الاجتماعيه ووصفت بدايه العرض ومدته وتكرار نوبات آلام ووصف كلينيكي للمتغيرات  
السيكويناميه الهامه لمجموعه مرضى الصداع التوتري . واشتمل ايضاً على تحليل  
( M M P I ) للبروفيل العام للمجموعه والبروفيل الاساسى للسيكيات  
والبروفيل الاساسى للرجال وأوصى بضروره الاخذ بالمراحل المتعدده لدراسه  
الاضطرابات السيکولوجيه .

### تصنيف ( فراجسير وشيفوت )

تعتبر العوامل الانفعالية في الغالب هي المسئولة عن حدوث ( الصداع الوعائي  
 ( vascular headache ) ويتم اكتساب الصداع الذي يحدث في الرشد في مرحلة الشباب  
 وينشأه عموماً مع ما يحدث مع افراد الاسره ( روس ١٩٦٨ ) اكد على  
 ان تحديد معنى الصداع في اعضاء الاسره يعتبر مفهوم هام في التشخيص . على الرغم  
 من أن الحالة السيكولوجية لمرض الصداع نزل استثنائية . ونتائجها مؤتمنة مع  
 أعراض أخرى وعادة ما تكون نتيجة للصداع الداخلي الذي يكون في حالة استعداد في فترة  
 صداع المرض .  
 وبعض المرضى الذين لديهم دافع انفعالي وصداع مؤلم نناسبهم النوبات التي تقتزن وتزامن  
 مع قلق كامن .  
 وفي بعض الحالات السيكولوجية مثل اضطرابات الشخصية والأعصاب الكلاسيكية وحالة التحول  
 للصداع تحدث في بعض المواقف الخاصة وفترات يمكن تحديد ها لجز من العملية العصبية  
 وفي بعض الحالات السيكولوجية مثل توهم المرض وصوره الجسد أو الاضطرابات الهلوسية  
 التي تأخذ شكل اعراض الصداع . ويجب ان ينهم علم النفس العرض الكامن قبل ان ننصح  
 بالسبب لاختيار الصداع كمرض ولن ان نستطيع تحديد لماذ اختبر الصداع كهدف في وقت  
 خاص .  
 ويجد اندماج لعدد من الحالات العضوية ولعمليات النفس في بعض المرضى وتكون

متحدّه معا لتعطى الصداع الذى يعتبر كعله أو شكوى .

وتلعب الحياه الاسريه للمريض وعلاقاته بالناس الآخرين دورا فى سبب حدوث الصداع .  
والعلاقات بين الشخص وبيئته متعدده ومستمره ونتيجه لتغييرات داخلية للطاقة واستجابات  
تحسينيه ( مناعيه ) وغالبا يتوسطها اعضاء الحس والجهاز العصبى المركزى مشتتلا  
على المجهودات التكيفيه العامه والتشريط والنماذج التفاعليه للغدد الأتويه الاراديه  
وبعض الاستجابات النوعيه مثل شذائد الحياه وبعض منها وبعض منها ربما محدد ثقافينيا  
وحضاريا .

ويحدث الصداع للمرض موضعى أكثر منه كرمز إسقاطى ويصنف أغلب الأفراد الصداع كالم  
أو شكوى فى مكان ما على الرأس . وأحيانا يكون ثابت وأحيانا أخرى يكون متقلبا وغير  
مؤلم . وأحيانا يكون شديد جدا ومؤلم للغاية . ولكن المهم هو المعرفه والتأكد من  
الاعراض الموضوعيه حتى يتمكن الطبيب من تقديم التشخيص المناسب والعلاج ويجب على  
الطبيب ان يفحص قائمه الصداع التى عرفها وقد منها معهد الأمراض العصبيه العالمى  
( ١ ) الصداع الوعائى : من نمط الصداع النصفى والذى يشمل الصداع النصفى الكلاسيكى  
والصداع النصفى السفلى .

( ٢ ) الصداع الانقباضى العضلى :

( ٣ ) الصداع المختلط ( الصداع النصفى الوعائى - والانقباض العضلى )

( ٤ ) صداع العصب المحرك للأنف ( ٥ ) صداع التحرك الهلوسى وحالات توهم المرض .



(٦) الصداع اللاوعائي النصفى (٧) الصداع الانسجائى أو الاحتكاكى  
(Tradion)  
(٨) الصداع الناتج عن التهاب الجمجمه .

من (٩ الى ١٣) - ناتج عن مرض العينين والانف والفجوه والتجويف والتي أو  
تركيبات الرقيه والجمجمه الآخري .

(٥) الآلام العصبية الجمجمية وسوف نقدم الاعراض الكلينيكية مختصرة للانماط ١ ، ٢ ،  
٣ ، ٤ لأن المفاهيم السيكا تريه للصداع تشتمل بصفه خاصه على هذه الانماط .  
« أجريت كثير من المجهودات حول تمييز مختلف الحالات لتحديد الفروق المعايير  
وانتشار المرض ووصف ما هو معروف عن ميكانيزماتهم السيكونسولوجيه .

(١) الصداع الوعائى لنمط الصداع النصفى V agcular Headahe of the  
migraine Clenical Features (المظاهر | الملامح الكلينيكية .

يقوم تشخيص الصداع النصفى على اساس التاريخ الموضوعى للمريض بعد ظهور الحاله  
المرضيه خارج الجمجمه - واصبحت الأعراض واضحه واغلبيه العرض بنسبه ( ٢ ) الى

(٣) لديهم تاريخ عائلى للصداع النصفى . والتحديد العصبي أو العرض الاول

للعرض القاطع عاده ما يتسبق الصداع النصفى الكلاسيكى والذى يستقر من ساعه الى أربع  
ساعات . وأللم عاده ينتاب جانب واحد واحياناً ما يلزم الجزء الامامى من الرأس . ويرتبط  
الاضطراب المزاجى عاده مع المرحله الاولى للمرض . وفى المرحله المبكره للصداع يكسون

الألم على هيئه نبضات . وفى الحقيقه ان الشريان الجمجمى الذى تشمله الآلام يكون  
وملوساً ومرئى .

ويظهر لمرض العيون والشلل النصفي واضطرابات الكلام في المرحله المتأخره من المرض ولا تكون ذات دلالة كبيره لأنها متقلبه .

ومختلف الصداع الوعائى فشتله على الصداع الرأسى الوجهى ، وصداع نهايه الاسبوع وصداع الدوره الشهرية . ويستغرق مثل هذا الصداع من ساعتين الى ٢٤ ساعه وليس لها اماره أو علامه مرضيه محدده تحديداً قاطعاً . وقابله للتغير فى الشده ويتغير الآلم من النبضات الى الاستمرار وتجميع اكثر من صداع معاً .

واختلاف آخر للنمط الوعائى ويكون ايضاً تعبيرا من حيث الاستمرار . وبدون اماره أو علامه أوليه للمرض . وعاده ما تكون فى جانب واحد وغالباً على نفس الجانب فى الجانب العينى أو الامامى ويكون الآلم شديد ومصحوباً باحتقاق فى الانف أو العين ومصحوباً بارتخاء جفن العين ومثل هذا الصداع غالباً ما تسببه موسعات الأوعية الدمويه مثل الكحول .

#### العوامل الفسيولوجيه :

عاده ما نرى فى الصداع النصفى توسع شريانى مصحوباً برى فعل عضلى قبل شريانى (erierterial) وأغلب التوسعات تكون فى تفرعات الشريان السباتى وفى بعض الحالات يتم انقباض الشريان قبل اتساعه . والسبب فى هذه التغيرات لهذا الشريان غير معروف ولكن الأدله الأهميه تقترح وجود عامل عصبى المنشأ ويسبقه تراكم أو تكس فى مواد الأنسجه والتي تعطى اتساع فى الأوعية الصغيره وورم وتصبح

بعد ذلك ظاهره وعلى الرغم من أنه معروف أن المراكز المحركة للأوعية للقشره المخيه  
تعب دوراً هام في ظهور الصداع ولكن لم يعرف المعمرات التي يشملها الاضرابات .

### العوامل النفسيه : . Psychological factors

لا يوجد نعط لشخصيه واحده لديها استعداد للإصابه بالصداع الوعائى ولكن افراد  
لديهم شخصيات وسواسيه تكون اكثر شبيها بالمرشحين للمرض بسبب ضبطهم وكتبهم  
للغضب بالميكانيكيات المضابطه . وغايه فى الدقه ولد يهم « وافع طموحه تنافسيه ومطالب  
بيئيه ملحه ربما تؤدى الى خفض القدره الاراديه للجهاز العصبي الاوتوتوبى للشدائد  
والعواقف والصراعات الداخليه النفسيه . ويتميز مجموعه مرضى بذكاء عالى ولد يهم  
قدره عالى على الأداء السريع وأثبتوا أن لديهم قدره غير عاديه فى التعامل مع  
أزمات الحياه كل يوم ومعها عليه التكيف لا غلب مراحل الحياه مثل المراهقه - والدوره  
الشهرية - الانفصال عن المنزل والاسره ، والتفسيرات فى الوظيفه - الزواج - فتره الامومه  
والأبوه . ولكنهم يجدوا ان دفاعاتهم المعتاده وضوابطهم لا تعمل كما هو  
مطلوب وينتابهم نوبات من الصداع الوعائى وعلامه على ذلك وجد هناك لب مركزى  
للاكتئاب ربما يظهر ويتضح عندما تفشل ميكانيزمات الدفاع فى استمرار عليه الكبت .

### Treatment

العلاج : ينتج علاج الصداع النصفى غالباً مع الارجوتامين تارتريتا  
ergotamine Tartrate

ومع الكافيين ويمكن السيطرة على الاعراض المصاحبه للصداع النصفى باستخدام

المضادات للتشنج ( Sedatives ) وبُشر العلاج غالباً عند اعطائه مبكراً في المرحلة الاولى للصداع ( Prodromal ) ولا تستجيب مختلف انواع الصداع النصفي استجابته مفاجئه أو مشيره للكافين والأرجونامين . ومن الصعب علاج جميع أكثر من نمط من الصداع معاً والهدف الاساسى فى مثل هذه المباله هو التخلص من الألم ولو ان ذلك يودى الى زياده ادمان المخدرات أو المنومات القاطه للألم بسبب طبيعته العرض المتكرره .

- ويقوم العلاج النفسى على العلاقه بين المعالج والعريض الذى يعلمه كيفيه التكيف بنماذج تكيفيه مناسبه لأغلب شذائد الحياه . نظرا لتكرار حدوث الصداع الوعائى الذى يصبح كنموذج للحياه مع انصحاب الفرد الذى يعانى من المشاركه الاجتماعيه وتجنب المسئوليات الشخصيه .

- وربما يصبح الألم لعرض واضح للاكتئاب وفى هذه الحاله يكون العلاج باستخدام العلاج النفسى الدوائى ( Psychopharmacologica ) مع مضادات الاكتئاب ( ثلاثيه الدوره Trecyclic ) ومواد مختلفه من برامين واسترقلين مع محاوله لمعرفة أى الانواع مؤثره أكثر مع مريض معين - وتزيد فرصه النجاح فى العلاج عند مصاحبه العلاج الدوائى بالعلاج النفسى ويجد عدد من المرضى ان نوبات العرض تصبح أقل تكراراً . ويصبح الألم أيضا أقل شده . ولكن يلاحظ ان الوسائل الدوائيه ليست ناجحه جداً . واستخدام بعض الاطباء الميسر جيد ما لبث مع مراعاة التحذير بسبب المؤثرات الجانيبيه للدواء غير المحدده على ألباقى البرتيون

Muscle Contraction Headache : الصداع التقلصى العضلى :

المظاهر الكلىنيكه :

لا يتشابه مع الصداع الوعائى وعاده ما يكون على الجانبين ( Bilateral )  
والرقبه وفروه الرأس يلجأ الفرد للضغط عليهم باليد . ويوصف الألم عاده بالضغط  
وتكرر نوباته وتكون مؤلمه وخاده وتستمر لعدده ساعات أو أيام ويكون الألم فى منطقه  
الصدغيه ( أسفل ) ويمتد إلى الأماميه والصدغيه ( مؤخره الرأس ) منطقه  
الرأس واحيانا يشتمل على الرأس بأكملها . والتاريخ المرضى للأسره السابقه غير محدد  
وترجع نوبات الصداع الى مواقف ضاغطة معينه والقى ونادر .

المظاهر الفسيولوجيه :

يعتبر الصداع التقلصى العضلى معبرا عن فسيولوجيا التوتر والقلق ويعرف بصفه  
عامه أنه معبرا عن الضغوط ( الانفعاليه وتسبب الضيق العضلى التى تولد  
الانقباض العضلى وخلال تلك الفتره يتأثر عن طريق انقباض الأوعيه الدمويه  
( هوركون ، ١٩٦٩ )

العوامل النفسيه :

من الشائع جدا أن الفرد الذى يعانى من القلق المزمن يعانى أيضا من الصداع  
الانقباضى العضلى والاكتئاب والتساوه وحده الطبع ( النهج ) وأجريت دراسات  
عديده لأبراز النمط الشخصى الخاص بهذا العرض . ويميل الأفراد إلى إنكار وكبت

المشاعر العدواني والعدائيه والاندفاعات والرغبات الجنسيه غير المرغوبه ، وفى المراحل المبكره والظروف الاسريه الكابتة والمحافظة بشده تساعد على ذلك وفى المراحل المبكره من العلاج يتم التعبير عن القلق جسدياً عن طريق التوتر العضلى الهيكلى ومساعدته المريض على التخلص من ذلك بالتعبير اللفظى بدلاً من التعبير بالأعضاء كما هو شائع ومعروف فى حالات القلق .

### ٣- الصداع المختلط :

يحمل أعراض كل من الصداع التقلصى العضلى والصداع الوعائى . ويحتاج فى علاجه الى تعاون الأختائى النفسى والعصبى .

### ٤- الصداع التحولى والهذائى :-

#### أ : الحالات الهزائيه

يعتبر الصداع كقناع مرضى ليستطيع المريض تجنب مشكله أو معرفه . أى كدفاع والكثير مع حالات الفصام والمرضى بالاضطرابات الوجدانيه .

#### ب: الحالات التحوليه :-

ليس من الشائع ان تظهر ردود الفعل التحوليه كمظهر للصداع . ولكن لدى الأفراد ذوى النمط التحولى ويتم اختيار منطقه الرأس لعملية التحول حيث تعتبر كمصدر لكثير من الصراعات . وأنها مركز الذكاء ومركز التعبير والتحكم فى كل السلوكيات .

والتعبير عن الصراعات الانفعاليه والعضليه ولا تعتبر كليه ضمن مرضى الهستيريا التحوليه ولكن أيضاً مع الشخصيات العصبيه القهرية أو الاضطرابات الوجدانيه .

## الألم والشخصية :

\*\*\*\*\*

أكد كثير من الباحثين أن الشكوى الشديدة من الألم ترجع مباشرة إلى درجات العصابية المرتفعة باستخدام قائمة آيزنك للشخصية [ E P I ] ( آيزنك ، ١٩٦١ ) ،  
 " ديلينج دسوينسون " ١٩٦٧ ) ، ( بوند ، ١٩٧٨ ) ووجد هناك ارتباط بين القلق  
 الظاهر باستخدام مقياس ( تايلور للقلق ) والعصابية ويزداد مستوى العصابية في الأمراض  
 المزمنة المؤلمة ( مثل الروماتيزم المفصلي ) .  
 وقد قام ( استيرنبود ، ١٩٧٤ ) بتحليل عناصر زيادة مستويات العصابية لدى المرضى  
 بآلام الظهر المزمن والحاد باستخدام اختبار ( M . M . P . I )  
 وقد لاحظ زيادة في درجات مقياس الهستيريا والهيبيكوندريا في أثناء نوبات الألم  
 ويحصل العصابين بأمراض مزمنة على درجات مرتفعة عن ذوي الألم غير المزمن على مقياس  
 الاكتئاب أيضا وأوضحت النتائج أن كلا من الألم الحاد والمزمن يسبب انشغال واهتمام  
 في الوظائف الجسدية . ويعبر ذوي الألم الحاد عن الألم بطريقة مشيرة ولذلك  
 يعكسوا زيادة في درجاتهم على قياس الهوس وذوي الألم المزمن يميلوا إلى الاكتئاب . وأكد  
 ( استيرنبود ، ١٩٧٤ ) في مناقشته . للاضطراب السيکوسوماتى  
 أن رفع مستويات العصابية يجعل الشخص عرضة للإصابة بأمراض معينة ويبدو هذا مناسباً  
 لأمراض مزمنة معينة مثل ( الروماتيزم ) .  
 وفكرة العلاقة بين العصابية والعرض وآلام درسها ( بوند ، ١٩٧٣ ) وافترض أن كل فرد  
 يمتلك نموذجاً لشخصية ثابتة ويحدث بها تغيرات في وقت الصحة والعرض . ولكنها

لاقت النقد من كل من ( سانسوري - واستيرنبود ) وآخرين وقد اقترح ان مستويات العصابيه تزيد أو تقل في أوقات المرض أو الضغط وتعتمد اعتمادا مطلقا على مستوياتهم في الحاله الصحيه العاديه وأفتراضه هذا مبني على أساس دراساته على المرضى بالسرطان ورغم الآلام الشديه ولكن حصلوا على درجات منخفضه على قياس العصابيه عند تسكين الآلام بالأدويه المسكنه . وبعد ذلك زادت درجاتهم في العصابيه تجاه المتوسط لدرجات الاختبار .

- وفي دراسه أخرى قام بها كل من ( بوند وبيرسون ) ( ١٩٦٩ ) لاحظا أن النساء المصابات بسرطان ( فقرات العنق ) واللاتى تميزن بزياده الألم حصلن على مستويات منخفضه للعصابيه .

وهذه الملاحظه تتفق مع ما درسه ( ايزنك وكيزن ) على مرضى السرطان . ويُفسران انخفاض درجه العصابيه لدى مرضى السرطان لا اختزال الانفعاليه جدا لديهم وانكار القلق على المرضى . ولكن أكد كل من ( بوند دكيزن وأيزنك وبيرسون ) على أن مستويات العصابيه المنخفضه جدا أو الانكار تحدث لدى أفراد محدودين كجزء من رد الفعل تجاه ضغط المرض والألم .

- ووصف فيليبس ، ( ١٩٢٦ ) مرضى الصداع بأنه يوجد اتفاق على الخصائص الهامه لشخصيتهم ومن هذه الخصائص توتر واندفاع شخصيه مرضى الصداع ولا يعبروا عن غيظهم وعدائيتهم ويتميزوا بالحصاريه . والحالات التى درستها ( فيليبس ) مرضى بالصداع النفسى والتوترى . ولم يجد كل من ( مارتن وسونيوسون وورس ) فروقا



اساسيه للشخصيه بين المجموعات . والعديد من الدراسات لم يستطع التمييز بين شخصيه الفئات المختلفه من مرضى الصداق النصفي - التوتري - المختلط ( ويلاحظ ان الصداق اكثر شده لدى النساء بأنواعه المختلفه . وتتوقع درجات العصابيه لديهم .

الشخصيه ولماقتها بالمرض السيكوسوماتى :

بدأت فكره خصائص الشخصيه أو سماتها كأحد العوامل الاسايه فى حدوث المرض السيكوسوماتى متأثره بالنظره التحليليه التى بدأها ( فرويد ) عند وصفه لخبرات الطفوله الملحوظه وتأثيرها على نمو الشخصيه . بما أطلق عليه الشخصيه الفيه والشرجيه ( Oral, Anal ) والتناسليه ( Genital ) وأعطى سمات وخصائص لكل نموذج من هذه الشخصيات السابقه . وبعد ذلك ظهرت محاولات عديده تركزت على سمات الشخصيه وميكانيزمات الدفاع وردود الفعل النوعيه الديناميه التى كان يعتقد انها السبب وراء امراض نوعيه أيضاً .

وسمى هذا الاتجاه بالمدخل السيكيودينامى لدراسه الامراض السيكوسوماتيه ويعتبر الكسندر ( Alexander ١٩٥١ ) صاحب الاتجاه الدينامى فى تفسير الاضطراب السيكوسوماتى .. فقد نضع شرطين أساسيين لحدوث الاضطراب السيكوسوماتى هما :-

أ- الشرط الاول والمطلب الاساسى هو الاستعداد الوراثى الذى يوظف فى نمو وتطور الشخصيه عن طريق التعلم والتشريط والاستعداد فى مرحله الطفوله

وهذا الاستعداد يوجه الاستجابات الممكنة ويشارك في نموها وعاده يطلق على هذا الشرط ( استعداد الشخصية ) .

ب : الشرط الثانى موقف البدايه ( Onset Situation ) والذى يشمل احداث الحياه والتفسيرات فى عوامل الوقت - العمليات الدنابيه والانفعاليه التى تعطى الاستجابات وردود الفعل النوعيه . ثم الاعراض أو المرض .

( الكسندر Alexander ١٩٥٣ ص ٢٠٥ )

ويرى ( فيشر ) ان نظريه ( الكسندر ) ترتبط مشاعر وانفعالات معينه ( مثله للشرط الثانى ) باضطرابات سيكوسوماتيه معينه . وكذلك تفسيرات نوعيه فى بعض الاعضاء وذلك عند الاستشاره المستمره أو الاستشاره الزائده . وهو من اوائل الذين ربطوا بين نظريه التحليل النفسى والاستشاره العصبيه فيرى ( الكسندر ) ان ميل الطفل الزائد الى التواكل يودى الى زياده نشاط الجهاز العصبى اللا ارادى فى الجزء الباراسمبثاوى منه . وبالتالي يسبب الاضطرابات السيكوسوماتيه مشل القرحة أو اضطراب القولون والربو ومن جهه اخرى فان مشاعر الذنب التى قد يعانى منها الفرد نتيجة ما يشعر به من نوازع العداء والعدوان قد يعبر عنها عن طريق جهاز العصبى اللا ارادى السمبثاوى . وهو الذى باستمرار اثارته يودى الى امراض سيكوسوماتيه مثل الصداع النصفى وضغط الدم الجوهري . والتهاب المفاصل الروماتيزمى . ولهذا يعتبر ( الكسندر ) من اصحاب الاتجاه السيكودينامى والعصبى ( الاستناره ) أكثر من كونه مهتماً بالتركيز على نمط أو خصائص

الشخصية . أى انه ألح على الصراع السيكودينامى بالنسبة للمرض السيكوسوماتى  
أكثر من بروفييل الشخصية . ( فيشر Fisher ١٩٧٢ ، ص ١٢ )  
وقد قدمت ( دنبار Dunbar ١٩٤٣ ) بروفييلات شخصية متعددة تبعاً لتعدد  
نوعيه المرض . واعتبرها مسئولة عن إعطاء مظاهر الصحة أو المرض وبالأخص تنظيم الشخصية  
عند السيكوسوماتيين . وقد حاولت ان تحدد لكل مرض سيكوسوماتى مجموعه من السمات  
الشخصية . وفى ضوء ما توصلت اليه من نتائج عن الشخصية الأمريكية بجمـع  
المعلومات حول الوراثة - المعلومات الشخصية - الحالة الصحية السابقة - الحوادث  
التي تعرض لها - التوافق العام - أنماط السلوك المميز استجابات الشخصية - المناطق  
التي تمثل صراع ، وجدت على سبيل المثال انه :

■ يغلب ان المرضى بالصداع النصفى يكونوا ممن يعانون قبل الاصابه بقلق حول عمليات  
النظام والنظام والترتيب . ولديهم انا اعلى صارم ومتزمت يثير قلق الشعور بالاثم .  
■ أما مرضى القرحة فانهم افراد يريدون رفع انفسهم للعالي ، وطموحين وينتابهم  
القلق وخشيه الفشل أو الاحباط .

■ ويقع مرضى الربو فى صراع بين الرغبة فى الاستقلال والتواكل

( دنبار Dunbar ١٩٤٣ ، ١٣٧ )

وقد وجهت الانتقادات العديده الى نظريه ( دنبار ) وتلك البروفييلات الشخصية  
نظراً لأنها لم تقارن بمجموعه أصحاء ، ووجود التشابه بين البروفييلات الشخصية

لتشابه عدد كبير من العوامل في أكثر من بروفيل واحد . ورغم تأكيدها على امكانيه التحقيق الاحصائي لنتائجها الا انه لا يمكن تغميم تلك البروفيلات على كل الفئات المرضيه عموماً .

ويرى ( أيزنك ) انه بعد التقدم العصبي والنفسيولوجى فى دراسات علم النفس وبخاصه الدراسات المهمته بالشخصيه أجرى تحليل للدراسات السابقه الموجب منها والعالب حول نموذج الشخصيه والمرض . وكذلك فى مجال القياس النفسى كثرت استخبارات وقوائم الشخصيه ومنها اختبار الشخصيه المتعدد الأوجه ( MMPI ) الذى اقتبس منه العديد من الاختبارات وطورت لتتاسب المجال السيكوسوماتى مثل قائمه ( كورنيل Cornell Index ) للاضطرابات السيكوسوماتيه فمثلاً بالنسبه لشخصيه المصاب بالقرحه ( الشخصيه القرقيه The ulcer Personality ) يوجد لها نمطان حسب آراء العلماء . النمط الاصلى وهوانها سلبيه اعتياديه . والنمط الثانى هو انها عدوانيه نشيطه . وكلا النمطين يمكن الاقتناع به فى نفس الوقت وأنهما صادقين بالرجوع الى ديناميات الشخصيه اللاشعوريه ومع الصراعات الأساسيه التى يعيشها الافراد المتمركزه حول الحاجه الى العنايه والحب فقط من المرضى حصل على الحاجات باتكاليه . بينما النمط الآخر لجأ الى التعويض الزائد ( أيزنك : Eysenck ١٩٧٣ ص ٧١٠ )

وهكذا ظل أمل بعض الباحثين فى الطب السيكوسوماتى فى أن تكون العلاقه

بين الشخصية والامراض السيكوسوماتيه خاصه لدرجه امكانيه تعرف انواع الشخصيه التي من المحتمل اصابتها بأمراض سيكوسوماتيه معينه .

وقد قام كل من ( فريدمان وروشان Freidman & Rosenman ١٩٧٢ ) بوصف نموذجين سلوكيين للشخصيه هما ( A . B ) ووصفاً لكل نوزج أوصافاً محدد . فالنموذج السلوكي ( A ) يتسم بالعديوانيه والتنافس والضيق والتبرم السريع والطموح الزائد وعدم التحمل وزيادة مستوى الدافعيه . وهذا النموذج لديه الاستعداد للاصابه في الشريان التاجي . وعكسه النموذج السلوكي ( B ) ليس لديه هذا . ليس لديه هذا الاستعداد (Freidman & Rosenman ١٩٧٢ ل ١٩٤٥) .

وفي دراسه حديثه قام بها ( هوارد Howard / ١٩٨٨ ) عن العوامل الصحيه الأخرى التي ترتبط بالنموذج ( A ) السلوكي . فوجد في هذا النموذج في العينه المختاره تبعاً للخصائص المميزه له ارتفاع في ضغط الدم - زياده ماده الكلسترول في الدم . ولا يوجد زياده في حمض اليوريك - زياده نسبه ميل الشخصيه للتدخل في الاضطراب الانفعالي العام مع التردد في اتخاذ القرارات - ومستوى عالي من الجلسرين الثلاثي ووجد ايضاً ازدياد وجود هذا النمط السلوكي مع تقدم العمر ، وله ارتباط بنوع التربيه ونوع العمل أو المهنة ومعدلات النمو العامه للفرد . ونوع الشده أو الاجهاد ( Stress ) التي يتعرض لها .

( هوارد Howard ١٩٨٨ ص ٢٥٠ )

وهناك دراسة قام بها ( كينجسليج Kenigslierg ١٩٢٩ ) لتحديد النموذج أو النمط السلوكي المميز لمرضى الشران التاجي لمجموعه من نزلاء مستشفى المرضى بالشران التاجي . باستخدام اختبار ( جينكنس ) للنشاط:

( Jenkins Activity) Survey ( JAS ) وصمم هذا المقياس لقياس النموذج السلوكي ( A ) فأظهرت الحالات ارتفاعاً في الدرجات على هذا المقياس عنه لدى الاسوياء ( كينجسليج Kenigslierg ١٩٢٩ ، ص ٢٢٧ )

ويعتبر ( أيزنك ) صاحب النظرية السلوكية العصبيه . فقد ربط بين عمل الجهاز العصبي والسمات الظاهر للشخصيه ولخصها بعد إجراء التحليل العاملى لها إلى الأبعاد ( Dimentions ) وبهذا تركت الأبحاث حول الأبعاد بدلا من السمات وخصوصاً بعى العصابيه للأسباب الثلاثه الآتية :

أولاً : لانهما البعدان اللذان ظلا ثابتين بعد مزيد من الدراسات السيكلولوجيه المكثفه .

ثانياً : لوجود الافتراضات المعتمده على السمات الوصفيه للسلوك والتي تحدد الأسباب المؤديه الى اختلاف فى الشخصيه ، وتربطها كذلك بالعمليات النفسولوجيه التي تحدد أيضا الأمراض السيكوسوماتيه .

ثالثاً : إن أبعاد الشخصيه التي أوضحتها هذه الدراسات ذات ارتباطات نظريه

بتقسيم ( بافلوف ) للأنماط العصبية

( أيزنك Eysenck ١٩٧٣ ص ٢٠٥ الى ٢٠٢ )

- استخدام التغذية الرجعية مع المرضى باضطرابات سيكوسوماتية

اجريت دراسات حول التغيرات في مركز التحكم ( Locus of control )

الناتج عن التغذية الرجعية للأفراد المصابين باضطرابات سيكوسوماتية ومقارنتهم

بمجموعة ضابطة للحصول على افضل طريقه لفهم علته ضبط الاضطرابات

السيكوسوماتية بالتغذية الرجعية الحيوية . واستخدام هذا البحث ( ٨ ) حالات

وكل حاله تم اجراء البحث عليها خلال عشر جلسات أسبوعيا وكل جلسه ساعه

للتدريب على التغذية الرجعية والجلسه الأولى والثانيه استخدمت لتهدئ

والاستعداد فقط وما في الجلسات للتدريب . وتم مقارنتهم بمجموعة أخرى ليس لديها

اضطراب سيكوسوماتية ( ٦ ) حالات . وافترضت الدراسة أن الحالات السيكوسوماتية

سوف تصبح أكثر اتجاهها للداخل في الضبط على مقياس ( روتر ) وتقديرا أعلى للذات

إذا نجحت في التدريب على التغذية الرجعية للعضلات الخاصه بالعضو المضطرب

ونجحوا أيضا في خفض التوتر أو الإجهاد .

وأظهرت النتائج وجود ميل نحو الداخل في اتجاه أو مصدر الضبط لدى المجموعه

غير السيكوسوماتية ولم يظهر لدى المجموعه السيكوسوماتية تغيير على المقياس

قبل وبعد استخدام برنامج التدريب باستخدام التغذية الرجعية . ولا يوجد فروق





## الفصل الثاني

### الاضطرابات السلوكية

- مقدمة
- العدوانية والعذائية
- مشاعر الذنب
- الكمالية العصائيه
- اضطرابات الأكل
- فقدان الشهيه العصبى
- الشره للطعام
- الرجذانات السالبه والموجبه

## العدوانية والعدائيه

### مقدمه :-

تنتشر السلوكيات العدوانية والعدائيه في اماكن متفرقة من العالم كما هو الحال في  
انجولا وبانجلاديش والشيحان والبوسنة والهرسك وشمال العراق . وكذلك العمليات  
الارهابيه غير المنظمه والتي لا تعتبر حروباً اهليه أو تنازعات بين دوله واخرى بل داخل  
الدوله الواحده نظراً للاختلافات في الاراء السياسيه أو القضايا الاجتماعيه التي تخص  
مجموعه محدده أو فكر معين في مقابل فكر أو رأي آخر . كما تنتشر المرقه وخططف  
الاطفال . والا مثله كثيره على الوحشيه الانسانيه التي تجوب هنا وهناك . وتطالعتنا  
الصحف والمجلات يومياً عن نشوب العديد من الحروب الجديده وحوادث متعدده تتسع  
باتساع العالم كله . ورغم ان التاريخ يحمل لنا انباء حروب وقتل مدمر مثل الحرب  
العالميه الاولى والثانيه والقرن العشرين عموماً . والعقود الاخيره منه بالذات  
تميزت بتعدد واتساع اشكال العنف والارهاب . وفي الماضي اعزى السلوك العدواني  
الى الى قوى خفيه دافعه لهذا المسلك أو ذلك من المسالك العنيفه . ووضح دور  
التشريط البيئي والاجتماعي والتقدم التكنولوجي في وسائل الحرب والدمار . وبرز دور  
السياق الذي تحدث به الافعال العدوانيه والدوافع العقائديه الخارجيه  
اكثر منه بداخل الفرد الانساني نفسه .

### تحديد المصطلحات

## أولاً : الموسوعات والقواميس :

١- معجم العلوم السلوكية Dictionary of Behavioral Science

هجوم أو فعل عداواني يمكن ان يتخذ أيه صوره من الهجوم الفيزيائي في طرف السي  
اللفظ المذهب في الطرف الآخر . وهذا النمط من السلوك يمكن ان يتخذ ضد أى شئ أو  
أى شخص بما في ذلك ذات الشخص . ( ولمان Walman ، ١٩٧٣ )

٢- الموسوعة المختصرة في علم النفس والطب العقلي :

عدوان / تهجم Aggression

ويقصد بالعدوان أو الاعتداء المادى أو ما يعاد له من تعدد معنوى والعدوان عند  
مدرسه التحليل النفسى هو المظهر الشعورى لغريزه التدمير ( الثنائيتوس | موجهه  
للخارج . أما عند ( آدلر ) فهي ضرب من السلوك الاجتماعى غير السوى  
يهدف الى تحقيق رغبه صاحبه فى السيطرة . ومن هذا المعنى نشأ الغرض المقاتل  
بالفشل أو الاحباط والعدوان

(frustration Aggression Hypothesis

حيث يعتبر العدوان دأ ثما سلوكاً يهدف الى التعويض عن الخيبه أو الفشل الدفين .

العدوانية Aggressiveness

وتعنى الكلمة الإتجاه الى اتخاذ السلوب العدوانى بازاء الأمور والميل الى اقتحام

ولكن العدوان يشير الى سلوك غير سوى يتميز بالعنف والتعدى العادى أو المعنوى . بينما تعنى العدوانية اتجاهًا . قد يظل فى حدود السواء أو يؤدى الى عدوان أو السى الاقدام واقتحام الصعاب بدلا من التحايل على تذليلها ومحاولة فرض المرء آراءه على مجتمعه رغم الاعتراض عليها

ثانيا : آراء بعض علماء النفس :

#### ١- فرويد ( Freud )

العدوانية واحدة من الغرائز الأولية . فالعدوانية الطبيعية عند الفرد ضد ذاته يمكن ان تتجه ضد العالم الخارجى . فالثاناتوس - ( Thanatos ) هى بشكل أولى غريزة الموت وكل ما ينطوى على قدر معين من تدمير الذات داخل انفسنا ويبدو ان الناس عليهم ان يقوموا بتحطيم الاشياء والآخرين حتى لا يحطموا انفسهم . كما يحمى الفرد نفسه من النزعة الى تدمير الذات فيتحتم عليه ان يعثر على قنوات خارجيه للعدوانية . | روبرت Robert ، ١٩٨٠ ، ص ٨ )

#### ٢- موراي ( Murray )

العدوانية هى حاجة الفرد الى ان يتغلب بقوة على المعارضه أو الى ان يقاتل أو يعاقب آخر الى ان يؤذى أو يقتل آخر . أو الى ان يشار لأذى لحقه . ( موراي

Murray ١٩٣٨ ، ص ٢٢٩ )

٣- تعريف مختص للعدوانية :-

الحياه والموت . سيات كانت طاقاتها موضاعاتيه أو نرجسيه ساديه أو مازرشييه تكون العدوانييه هي هذه الطاقه التي تخدم في الحالات السويه غرائز الموت بشكل غير مباشر . بمعنى انها تكون في خدمه غرائز الحياه ايجابيه أو توكيدا للذات ( تدميرا مشروعا للمعوقات من الآخرين والاشياء أو عدوانييه شبقيه وانجاباً أو بناء يبلغ حد الابتكار على المستوى الفردى ويتخذ صورته البقياده في المواقف الاجتماعيه لتأدى بها . تدرجياً الى التدمير والعدم . وبينما تخدم في الحالات غير السويه غرائز الموت بشكل اكثر مباشرة تدميراً عاجلاً ومباشراً للذات أو غير التدمير غير المشروع للآخرين والاشياء . وينبغي فهم ذلك ضمن اطار النهج الجاليلى فى تناول الوقائع . هذا الذى يقوم على مفاهيم العلسليه والمتصل الواحد . والذى يعتبر السلوك محصله للصراع بين المتجه الصادر عن فطريه الفرد والمتجهات البيئيه القائميه فى الحقل . والعدوانييه هي اشبه ما تكون بالنيران التى تدمر بحريقها وتضى بنورها وتتيح بحرارتها للحياه أن تتكاثر وتتواصل بحيث يصدر عنها التدمير كما يصير الابداع والتكاثر معا يعنى انها تتيح للحياه ان تزدهر كيفاً ( فى الابداع ) وكما ( فى الانجاب ) ولكن لتعود بها من جديد الى العدم .

( صلاح مخيمر ١٩٨١ ص ٢٥ )

## أولا : النظريات المفسره للعدوانيه :-

اختلفت وجهات النظر فى شرح وتفسير السلوك العدوانى وتعريفه . فأخذت اتجاهات عديده . الا انها تلخصت فى اتجاهات رئيسيه ثلاث متميزه « وتعزى العدوانيه أساسا الى :

( ١ ) قوه فطريه استعداديه ودافعيه ( غريزيه )

( ٢ ) دوافع ومثيرات خارجيه .

( ٣ ) التشريط البيئى والاجتماعى مقرونا بنماذج التعليم الاجتماعى السابق وسوف نتناول كل منها بالتفصيل :

### أ : النظرية الغريزيه للعدوانيه The Instinctive Theory of

#### Aggressiveness

تعتقد هذه النظرية على ان الكائنات البشريه منظمه ( Programed ) فطريا أو استعداديا

لمثل هذا السلوك . ودعم كثير من العلماء هذه النظره العامه أمثال ( مكدوجل ) بما يعرف

عنده ( بعريزه المقاتله ) . وعالم الحيوان ( سكوت Scott ) . الا انها من أشهر

المفسرين لهذا المدخل هما ( سيجموند فرويد . Freud, S كونراد لسورنيزى

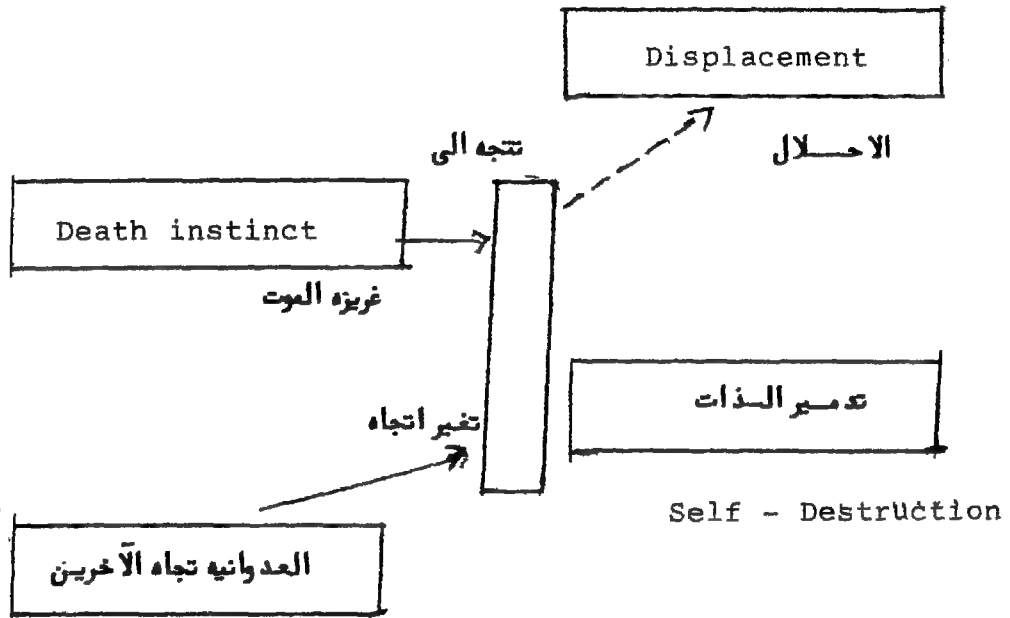
( Lorenz, K.

#### ■ \* وجهه النظر الفرويدية

فى كتابات ( فرويد ) المبكرة اقترح ان كل السلوك الانسانى ينشأ سراء أكان مباشرا أو غير

مباشرا من ( غريزة الخياة ) ( Eros ) . وهى تعنى اله الحب

عند الاغراق وهذه الطاقة أو الليبدو ( Libido ) توجه الى التناسل والتكاثر لتدعيم الحياه واستمراريتها . وخلال تلك الوجهه نظراً للعدوانيه ببساطه على انها رد فعل لتعويق الاندفاعات الليبيديه . كما لو كانتاً وتوماتيكيه وكجزء محتوم لا يمكن تجنبه في الحياه . ولكن بعد احداث العنف في الحرب العالميه الاولى بدأ ( فرويد ) في وضع افتراضاته الخاصه بوجود غريزه ثانيه في الثاناتوس ( Thanatos ) أى "غريزه الموت والبطلانه فيها موجهه لتدمير الحياه أو انهاءها . وكل السلوك البشرى ينتج من التفاعل المعقد لهذه الغريزه مع غريزه الحياه ( Eros ) واستمرار وثبات العلاقه والشد بينها ولكنه وجد ميكانيزم يخدم هذه العلاقه اطلق عليه ميكانيزم الاحلال ( Displacement ) وفيه تتجه طاقه الثاناتوس تجاه العالم الخارجى وتكون فى توجيه العدوانيه تجاه الآخرين . وتبعاً لوجهه نظره ( فرويد ) فتظهر العدوانيه اساساً من اعاده اتجاهها ( Redirection ) أو ابعادها عن تحطيم الذات . أى عن الشخص نفسه وبعبارة اتجاه الآخرين ، كما هو موضح بالشكل التالى :



( روبرت Robert ١٩٨٠، ص ٤٢١ )

ونظرة ( فرويد ) وافتراضاته حول أصول ونشأ العدوانية أكثر تشاؤماً ليس فقط في طبيعته مثل هذا السلوك الغريزي ولكن أيضاً في عدم امكانه تجنبه " كونه محتوماً " وذا لم توجه طاقه ( الثنائوس ) الى الخارج تجاه الآخرين فانها تتجه في الحال الى تدمير الشخص نفسه . ( المرجع السابق ، ص ٤٢٢ ) .

ويرى ( زيلمان Zillman ) ان ( فرويد ) وجد اخيراً شعاعاً من الامل خلال عمليات التنفيس ( Cartharsis ) . واقترح ان تفريغ طاقه ( الثنائوس ) ربما تنتج خلال التعبير عن العدوانية بالانفعالات مثل الغضب . وعموماً فان هذه



عن التناول في امكانيه ضبط أو منع العدوانيه البشريه

( زيلمان Zillman ، ١٩٢٩ ، ص ٣١ )

### ■ ■ وجهه نظر لورنز

يرى ( لورنز ) ان العدوانيه تنبثق أساسا من غريزه المقاتله التي تشترك فيها الكائنات البشريه مع كثير من الكائنات الحيه الأخرى . فالمقاتله تساعد في توزيع التجمعات الحيوانيه على مدى منطقه واسعه لكي تضمن حد اقصى من استخدام مصادر الغذاء المتاحه . وبمثل هذا السلوك ربما يساعد في تقويه الترتيب الجيني لمختلف الانواع . أى ان الاتوى فقط هو القادر على التكاثر وافترض ( لورنز ) ان الطاقه العدوانيه تنبعث من غريزه المقاتله التي تنتج تلقائياً من خلال الكائن العضوى بطريقه مستمره وعلى معدل ثابت وبالإضافه الى ذلك فانها تتراكم مع مرور الزمن واثاره الافعال ( السلوكيات ) العدوانيه يرتبط اساساً بوظيفه كل من :-

- ( ١ ) كميّه الطاقه العدوانيه المتراكمه .
- ( ٢ ) وجود قوه المثير المطلق للعدوانيه فى البيئه الخارجيه ، واذا وجدت كميّه الطاقه العدوانيه الأكثر مع مثير ضعيف فسوف يطلق هذا المثير السلوك العدوانى الظاهر واذا تراكمت الطاقه العدوانيه لمدّه طويله يؤدى هذا الى انفجار أو اثاره السلوك العدوانى بطريقه تلقائيه فى غياب المثير المفجر لهذا السلوك العدوانى

" ( لورنز Lorenz ، ١٩٦٨ ، ص ١٢٣ )

( invincible ) ولا يمكن تجنبها - بل هي قوى استعداديه فطريه الا ان ( فرويد ) كان اقل نظره متفحصه لعملية توالد وزياده الطاقة العدوانييه الغريزيه مثل ما اكده \* ( لورنز ) في نظريته - وقد كان ( لورنز ) أكثر تفاؤلاً من ( فرويد ) نظراً لامكانيه الضبط والتحكم في السلوك العدواني أو خفضه . فقد اقترح ( لورنز ) ان المشاركة في كثير من الانفعال العدوانييه غير الضاره أو المؤذيه ربما يمنع ( تراكم ) الطاقه العدوانييه الى مستويات الخطر وتقتل من احتمال حدوث الثورات والانفجارات العدوانييه الأكثر عنفاً - وهكذا شعر ( لورنز ) بأن العدوانييه من الممكن السيطرة عليها وضبطها أو اعادها اتجاهها .

( روبرت Robert ١٩٨٠ ، ص ١١٢ )

#### يب : النظرية الدافعية للعدوانييه :

##### The Drive Theory of Aggressiveness.

رفضت تلك النظرية التسليم بأن الانفعال العدوانييه تنبثق اساساً من الاستعداد الفطري ، أي الطاقه الفطريه للعدوانييه . ورفضت ايضاً التوالد التلقائي للطاقه العدوانييه . وافترضت ان السلوك العدواني ينبت اساساً من مشاعر دافعي خارجي لا يذاء أو ضرر الآخرين . والعنوس الأول لهذا الاتجاه ( دولا رد وآخرون Dollard et al ) في كتابهم الاحباط والعدوان Frustration - and Aggression الذي يفترض ان العدوانييه تنبت ( stem ) من التعرض لتشريط بيئي خاص هو ( الاحباط ) . الذي يشير الدافعية القويه للانفعال والسلوكيات

داخليه . ( روبرت Robert ، ١٩٧٨ ، ص ٢٩٣ ) .

ويفسر ( زيلمان ) هذا الافتراض بأن الاحباط ينتج عن اعاده السلوك الموجه ومنعه مما يؤدي الى اثاره الدافع العدواني والذي يؤدي تبعاً الى آداء الافعال العدوانيه الظاهره . وهكذا يتضح ان الاثاره الناتجه عن المثير الدافعي الخارجى المؤديه الى السلوك العدواني يمكن التحكم فيها والسيطره عليها . أى انه اذا أمكن ازاله كل المصار الخارجيه للدافع العدواني من البيئه الخارجيه فسوف نستطيع التقليل أو التخلص من العدوانيه أو من حدوث العنف البشرى . وهكذا تبدو هذه النظرية أكثر تفأول من ضبط السلوك العدواني عنه لدى النظريات الغريزيه الفطريه . رغم ان التشريطات المؤديه الى اثاره الدافع العدواني مثل ( الاحباط ) من الصعب البرهنه على وجودها وليس من السهل ازلتها كلياً .

( زيلمان Zillman ، ١٩٧٩ ، ص ٣٣ )

وجه كثير من العلماء المتخصصين فى مجال العدوانيه النقد الى هذه النظرية ومنهم :

(١) برى ( بى Buss ) ان هذه النظرية تتصور ان العدوان لا يحدث - الا استجابيه للاحباط ويصاحبه نوع من الغضب . وهى بهذا تتجاهل فئه عريضه من الاستجابات العدوانيه التى لا يصاحبها شعور بالاحباط . ( بى Buss ، ١٩٦١ ، ص ١٦١ )

(٢) ويشير ( بيركويتر Berkowitz ) الى ان الانفعال الناتج عن الاحباط لا يترتب عليه بالضرورة نوع من العدوان دائماً . وانا استعدا للعداوين . ويلاحظ

التي تعقب الاحباط . حتى ولو لم توجه هذه الاستجابات لا يذاء الاخرين . ولهمذ  
أدخل ( بيركويتز ) اقتراحاً بتعديل لفرض ( الاحباط - العدوان ) ، أنه ليس  
من الضروري ان كل فعل عدوانى يرجع الى احباط سابق . فالسلوك العدوانى يمكن  
تعليمه واكتسابه . والعلاقة بين ( الاحباط - عدوان ) يمكن ان تكون ومله بخاص  
بين المشيرات التنفيري والعدوانيه . فالاحباطات المعوقه هي احداث مؤذيه تشير  
المقاتله أو العدوانيه . الا ان الرابطه بين ( الاحباط - عدوان ) أضعف مما يتصور  
بعض العلماء . ولا تظهر صريحه الا فى شروط ومواقف بيئيه ملائمه .

( بيركويتز Berkowitz ، ١٩٧٤ ، ص ١٦٦ ) .

( ٣ ) ويرى ( باندوره Bandure ) ان هذه النظرية تتجاهل فئه من الافراد يتم  
تدريبهم من جانب الآباء على السلوك العدوانى . وعلاوه على ذلك يتم مكافاتهم  
كتعزيز لهذا السلوك . وتشكيل استجابته الاطفال للاحباط بالعدوان أو النشاط البناء  
انما يعتمد على نوع التدريب الذى تلقوه من قبل . وحتى مع الاستعداد للسلوك بطريقه  
عدوانيه فان العدوان لا يتم ما لم تتوفر له منبهات ترتبط بعوامل انفعال الغضب  
سواء فى الماضى أو الحاضر . وأيا كان مصدر هذه المؤشرات أو المنبهات فان  
قوه الاستجابات العدوانيه تعتمد على كل من قيمه الدلاله العدوانيه للمنبه  
وشده الاستعداد مثل حده الغضب أو قوه عادات العدوان . ( باندوره

Bandura ١٩٧٢ ، ص ٢٠ ) .

بعض الحالات . ( جنتري Gentry ١٩٧٠ ، ص ٢١٥ )

سج : النظرية الاجتماعية التعليمية :

Social Learning Theory .

تنظر هذه النظرية الى العدوانية اساساً كشكل نوعي من السلوك الاجتماعي المتعلم الذي يكتسب ويستمر بنفس الطريقة التي يتم بها اكتساب باقي الاشكال الكثيرة الأخرى من السلوك . وطبقاً لوجه النظر هذه فان الكائنات البشرية لا تعتدى نظراً لما هو موجود وقائم بالداخل . ولكن الاندفاعات نحو هذا السلوك تستثار بواسطة تشريعات أخرى موجودة في البيئة . ويخلص ( باندوره ) اسباب قيام الكائنات البشرية بالسلوك العدواني الى ما يلي :-

- ( ١ ) لأنهم اكتسبوا الاستجابات العدوانية خلال خبراتهم الماضية .
- ( ٢ ) لأنهم تلقوا تعزيزاً أو مكافآت لآدائهم لبعض الافعال العدوانية .
- ( ٣ ) لأنهم اثيروا مباشرة للعدوان بواسطة التشريعات البيئية أو الاجتماعية النوعية والخاصة .

( باندوره Bandura ١٩٧٢ ، ص ٤٩ )

ويقدم ( باندوره ) بعض البراهين والتدعيمات لصحة افتراضاته السابقة بأن السلوك

العدواني متعلم ومكتسب مثل باقي اشكال السلوك فيما يلي :

أولاً : ان الكائنات البشرية لا تولد ومعها ذخيرة كبيرة من الاستجابات العدوانية السلبية

تضعها تحت تصرفها . ولذلك فهذه الاستجابات يتم اكتسابها بطريقة مشابهة

التعليمة دورا هاما في هذا النمط من السلوك .

ثانياً : يتساوى الأطفال والراشدين الذين يتعاطون مكافآت مادية أو معنوية قيمه أو اجتماعيه عند توجيههم العدوانييه تجاه الآخرين . أه الاشياء من حولهم . وعلى سبيل المثال . اثناء الحرب يقدم للجنود الذين يقتلوا أكبر عدد من العدو والنياشيين والميداليات ، وذلك المصارعين المحترفين يكسبوا جوائز وهدايا قيمه عند صرعهم للخصم بطريقة عدوانيه جدا . وبالطبع لا يعزز السلوك تعزيزا موجبا دائماً بالمكافآت والهدايا ولكن يعطى السلوك العدواني نتائج سالبه مثل دخول السجن أكثر منه نتائج ايجابيه . وبحسب السلوك العدواني الى تكرار التعزيز ليصبح ميل سلوكى قوى لدى الاشخاص .

ثالثاً : نظراً لأن السلوك العدواني متعلم فهذا يفتح المجال لتعديل وخفض السلوك العدواني عن طريق التشرطات المسئوله عنه في البيئه . ولهذا تعتبر أكثر تفأؤل من حيث التحكم والسيطره على السلوك العدواني عكس النظرة الغريزيه أو الدافعيه . ( المرجع السابق ، ص ٥٦ )

ويرى ( آدموندس Edmonds ) انه طبقاً لهذه النظرية فان المسالك العدوانييه الجديده التى يتم تعلمها من خلال المشاهده أو التقليد تعلم الفرد ليس فقط كيف يكون عدوانيا بل ايضاً ما هى النتائج الممكنه التى يمكن ان تترتب على العدوان . أى ان المشاهده تعلم الافراد كيف يكونوا عدوانيين ولكن الممارسه الجديده

يلقى التعزيز بميل للتكرار طبقاً لهذه النظرية ولكن السلوك العدواني في كـنـسـير  
من المواقف يعتبر انابه أو تدعيماً في حد ذاته نظراً لأنه بخوض الاثارة الانفعاليه  
لدى الفرد طبقاً للنظرية الدافعيه الخارجيه أو الداخليه ( العريزيه ) . أو ان السلوك  
العدواني يؤدي الى تقدير الذات . وخاصة عند تقبل المجتمع له مثل المصارعه أو الانتصار  
في الحروب وبالتالي يؤدي الى جاذبيه اجتماعيه من قبل المجتمع له .

ومن طريق تعميم المثير يمكن ان يستجيب الفرد بشكل عدواني في مواقف أخرى غير  
مواقف التعلم الأصليه . ويرى ( باندوره ) ان العقوبه أو التعزيز السالب للعدوانيه  
بدخول السجن أو خلافه يمنع السلوك العدواني ولكنه غالباً ما يعطى نموذج أو صوره  
لتعلم السلوك العدواني اكثر منه مانعاً له . أى أن العقوبه اذا اعتبرت محبطه  
طبقاً لوجه نظر ( الاحباط - عدوان ) الا انها تزيد من الاستجابات التنفيذيه  
أو الغضب الذى يصاحب أو يزيد من احتمال الاستجابه العدوانيه  
( آدموندس Edmonds ١٩٨٠ ص ٢٠ )

د : النظرية التشريحيه والنفسولوجيه :

#### (١) العوامل التشريحيه :

يرى ( عكاشه ) ان كل من اللوزه فى المخ والامجد الا والجهاز الطرفى  
فى السطح الأنسى للمخ مع التنبيهات الكهربائيه لأجزاء من الهيبوثلاموس لها علاقه  
بالعنف والعدوان ( أحمد عكاشه ، ١٩٧٥ ، ص ١٩٨٣ ) .

كما يؤكد ( روبرت ) على ان " الأمجدالا " هي الجزء المسئول عن العدوانية في  
 المخ ، وهي جزء من الجهاز الطرفي ويعتبر أقدم جزء في المخ من حيث النشأة الجنينية  
 والجهاز الطرفي مهم جدا للوظائف الانفعالية الدافعية التي تخص الحاجات البيولوجية  
 ويشمل الجهاز الطرفي عدد من المناطق أهمها الهيبوثلاموس والأمجدالا وقرن آمون.  
 ويتقدم استخدام تكتيكات الاستئصال والاثارة الكهربيه وجد ان حاجز الامجدالا والهيبوثلام  
 جزئين مهمين جدا بالنسبه للعدوانية .  
 ( روبرت Robert ١٩٧٨ ، ص ٢٠٩ )

## Genetice Factors

## ( ٢ ) العوامل الجينية

ويوجد الآن اهتمام خاص بالكروموسومات المسئولة عن الشذوذ ( Abnormality )  
 ونتاج من الآباء والأمهات يوجد زوج من الكروموسومات يطلق على الكروموسوم الجنسي  
 هو ( x للاناث ) ، ( y للذكور ) والصيغة الرمزية للاناث هي ( x x ) وللذكور  
 ( xy ) أي ان الفرد الحامل للكروموسوم ( x x ) يصبح أنثى والحامل للكروموسوم ( xy )  
 يصبح ذكرا . ولكن تحدث بعض الاخطاء الجينية فمثلا النمط الجيني ( x x y )  
 نمط ذكرى يحمل بعض الخصائص الانثويه نظرا لوجود ( x ) فيميل الى الطول والنعافة  
 وتأخر عقلي ونمو الصدر مبالغ فيه وعاجز عن الانجاب وأقل عدوانية . وهناك افراد  
 نمطهم الجيني يكون ( x yy ) يلاحظ ان اغلبهم من ذرلأ السجون أى يعتبـرون  
 ذرى نمط ذكرى زائد أكثر عدوانية وهملاء الافراد يكونوا أطول من المتوسط



وهذا ما سجلته منظمه الصحة العالميه عام ( ١٩٧٠ ) .

( روبرت Robert ١٩٧٨ ص ٣١١ )

ويذكر ( روبرت ) عدداً من المشاكل الخاصه ببحث هذه العوامل وكيفيه فصلها  
أو الحصول عليها .

■ انه ليس من السهل الحصول على النموذج الكروموسومى (  $xy$  ) .

■ المعدل الاساسى لحدوث النمط الجينى (  $xy$  ) فى المجموع العام غير معروف . وفى  
بعض الأحيان يتم اختيار هؤلاء الأفراد بالرجوع الى صفتين هما الطول الزائد والسلوك  
المضاد للمجتمع . والعدده الزمنية المفترضة للحصول على هذا الكروموسوم الزائد (  $y$  )  
هى ( ٥٠ سنه ) على الأقل .

■ انه يمكن تفسير الاختلافات فى الأنماط السلوكيه الناتجه عن هذا النمط الجينى

هرمونياً بزيادة الهرمون الجنسى الذكرى . ( المرجع السابق ، ص ٣٠٣ )

( ٢ ) العوامل الفسيولوجيه والهرمونييه :

أكد ( احمد عكاشه ) فى دراسه له على الافراد القتلہ الذين يتميز سلوكهم بالعنف  
ومن الموجودين بالسجون أو مستشفى الامراض العقليه . أنهم يتميزوا برسم مخ شاذ .  
وهذا يؤيد نظره الاساس الفسيولوجى للعدوان .

( احمد عكاشه ، ١٩٧٥ ، ص ١٨٣ )

قام ( وليم Willian ١٩٧٥ ) بتجميع نتائج الدراسات التى تمت خلال

وتم اختيار عينه تتكون من ( ٣٣٣ ) حالة من العينه الكبيره مع استبعاد الحالات التى لم  
يثبت قرار اتهامهم . وتم تسجيل رسم المخ لكل حاله مع تاريخ الحاله وتم استبعاد أيضا  
الحالات التى تعانى من نوبات صراع أو اصابات مخيه أو من المتخلفين عقليا . وبمقارنه  
رسم المخ الكهربى لمجموعه العدوانيين المحترنين ومجموعه أخرى ارتكبت جرائم عنف  
وليسوا محترنين . فوجد شذوذ فى رسم المخ بنسبه ( ٦٥ ٪ ) بالنسبه للمجموعه الأولى  
( ٢٤ ٪ ) بالنسبه للمجموعه الثانيه ، ( ١٢ ٪ ) بالنسبه للمجموع الكلى العام . وأيضا  
( ١٢ ٪ ) بالنسبه لمرتكبى الجرائم العسكريه العنيفه . أى تساوى النسبه فى المجموع  
العام . والشذوذ فى تسجيل الـ ( E E G ) للمجموعه العدوانيه المحترقه اشتمل  
الجزء الأمامى من المخ ويمثل ثلاثه أضعاف الخلفى . بينما الفصوص الصدغيه تأثرت  
فى الكل . ووجدت بنسبه ( ٨٠ ٪ ) أو أكثر . وكل هذه الدلائل الكلينيكيه الفسيولوجيه  
تؤدى الى المقابليه العاليه لدى الأفراد للعدوانيه المرضيه الدائمه .

( وللم William ١٩٢٥٠ ، ص ١٨٥ الى ١٩٢ )

ويقرر ( روبنسون Robinson ) انه بتقديم تكنيكات الفحص الكيمياءى وجد ان هناك  
مواد تتركز فى المخ كنتاج من التمثيل الغذائى أثناء القتال أو الهزيمه . وتحليل تلك  
المواد الكيمياءيه يمكن تحليل التغيرات التى تحدث تحت تلك الشروط . ولوحظ ان الفئران  
الذكه عند عزلها أو فصلها بمفردها تصبح أكثر تهيجا وأكثر ميلا للمبادئ بالقتال والهجوم .  
ومثل هذه التغيرات تصاحبها تفسيرات كيمياءيه فى المخ . ومن أمثله تلك المواد الكيمياءيه

والسروتومين (Serotonin) ويتم تمثيلها غذائياً ببطي . واذ استمر احباط  
أو فشل الفئران لعدة طويله فيصاحب ذلك تغيرات في بلازما هرمونات الفئران ويصاحبها  
بالتالى زياده في الحامض الوراشى ( R<sub>1</sub> A ) في مناطق معينه من المخ . ويحدث  
ذلك زياده في نشاط هذا الحمض مما يؤدي الى اضطراب في تخليق البروتين ونسبي  
النشاط العصبي عموماً . ( روبنسون Robinson ١٩٧١ ص ٢٩٢ )

وحاول ( موير Moyer ) أن يوجد علاقه بين نسبة هرمون التستسترون والسلوك  
العدواني لدى مجموعه من العساجين عدها ( ٢١ سجين ) وبتراوح عمرهم الزمني  
من ( ١٩ الى ٢٢ سنه ) أى متوسط العمر الزمني ( ٢٦ سنه ) . وحدد نسبته  
الذكاء فوجدها ( ٩٠ ) واستغرقت فتره دراسته أسبوعين . وقسم المجموعه الكليه  
الى مجموعتين حسب درجه العنف والعدائيه والعدوانيه بتطبيق قائمه  
| بص ودوركي<sup>1-kee</sup> (Buss- Dur<sup>1-kee</sup>) ومقياس القلق ومقياس الاستحسان الاجتماعى أو الجاذبيه  
الاجتماعيه (Social desirability) وبتحليل بلازما التستسترون وتأريخ الحاله  
لكل سجين وخصوصاً السلوك الاجرامى الذى مارسه من الطفوله حتى ( ١٩ سنه ) . فوجد  
ان ( ١٠ ) من بين المجموعه الكليه ( ٢١ ) سجين سجلوا جرائم عنيفه وارتكبوا  
حوادث عددها خلال تلك الفتره ووجد معامل الارتباط بين نسبة بلازما التستسترون

( Testosterone ) العاليه لديهم ونسبه الجرائم ( ٦٥ ٪ ) . بينما الاحدى عشر  
الباقين لم يسجلوا حوادث عنيفه مثل المجموعه الاولى ولم يسجلوا ايضاً مستوى عالٍ

السيكولوجيه المختلفه وتاريخ الحاله . ولهذا يقترح ( موير ) ان السلوك العدواني العنيف يعزى الى زياده نسبه التستمترون خلال فتره الطفوله والمراهقه .

( موير Moyer ١٩٧٦ ، ص ٢٢٩ )

وقام ( سكوت Scott ) بعده محاولات في هذا المجال على المساجين أيضا من الذكور . ووجد ان زياده نسبه ( التستمترون ) هي المسئوله عن السلوك العدواني العنيف ( سكوت Scott ، ١٩٧٧ ، ص ١٢٩ ) .

ثانيا : محددات السلوك العدواني :

#### Determinants of Aggressive Behavior

يقسم العلماء المهتمين بدراسه السلوك العدواني تلك المحددات الى ( أ ) محددات اجتماعيه ( ب ) محددات بيئيه ( ج ) محددات موقفيه وسنتاول كل منها بالتفصيل :

( أ ) محددات اجتماعيه :

لخص كل من ( روبرت Robert ) ، باتدوره ( Bandura ) المحددات الاجتماعيه في ثلاثه محددات هي : الاحباط ( وقد سبق شرحه ) - الاستفزاز البدني واللفظي - التعرض لتماذج عدوانيه . وسنتاول كل منها بالتفصيل :

✱ ✱ الاستفزاز البدني واللفظي :

#### Physical and verbal Provocation

يرى ( روبرت ب. ) أن الاستفزاز البدني واللفظي من الآخرين يؤدي غالبا الى اثاره الانفعال العدوانيه الشديده جدا . وأطلق على استجابات العدوانيه وترتيبها من حيث

الشده الناتجه عن الاستفزازت بنموذج التصعيد . فتبدأ بالسخریات والاستفزازات المعتدله أو الثورات والنوبات العرضيه غير المباشره ثم الاقوى فالاقوى . وهذا النموذج التصعيدي للاثاره ليس بين الأفراد بل بين الامم والشعوب مما يؤدى الى الحروب . ويقوم عدد من العلماء المهتمين بهذا المدخل ادراسه العدوانيـه بالتجريب معطيا على حدوث العدوانيـه كاستجابـه للاستفزاز البدنى واللفظى باستخدامات الصدمات الكهربيه ( روبروت Robert ، ١٩٨٠ ، ص ٤١٥ )

### ■ التعرض لنماذج عدوانيـه : تأثيرات العنف التلفزيونى :

يقرر ( باندوره ) بأن الافراد يتأثرون عاده بقوة الأفعال والكلمات لأشخاص المحيطين بهم . وأن الاشخاص لديهم استعداد غالباً لتغيير اتجاهاتهم ومشاعرهم أو السلوك كنتيجه للتأثير الاجتماعى من الآخرين . كما اقترح ( باندوره ) ان التعرض البسيط لأفعال ومعطيات الآخرين تكون غالباً كافيه لانتاج التغيرات الهامه فى مشاعر وسلوك المشاهدين . وأخذ البحث فى هذا الاتجاه سواء كان التأثير غير مقصود أو مقصود مسارين متميزين هما :

- ١- المسار الأول هو تحديد الى أى مدى تلعب المعايـشه للنماذج العدوانيـه دور فى حدوث وانتشار العنف . وأكد اصحاب هذا الاسـاء ان الوجود للأشخاص الذين يسلكوا بطريقه عدوانيـه واضحه من الممكن ان يثير ويفجر افعال مشابهه لدى الآخرين

بتعرض الأشخاص لنماذج عدوانية عنيفة . فأظهر هؤلاء الأشخاص مستويات عدوان ضد الآخرين عنه لدى الأشخاص الذين لم يتعرضوا لمثل هذه النماذج العدوانية .  
( روبرت Robert ١٩٨٠ ص ١١٢ )

٢- والمعار الثاني من البحوث اهتم بالتأثير الممكن للعنف للمشاهد من خلال التلفزيون وبخاصة تأثيره على سلوك الأطفال .  
( باندوره Bandura ١٩٧٢ ص ٢٢ )

#### (ب) محددات بيئية للعدوانية :

---

ان المتغيرات الفيزيائية البيئية من حول الانسان تؤثر على حالته الفسيولوجية وبالتالي فالحالة الفسيولوجية لأي شخص تؤثر على آرائه وافكاره وسلوكه عموماً . ولهذا يرجح عدد من العلماء بأن العدوانية تتأثر بالبيئة الفيزيائية من حول الافراد . ولهذا يرى ( روبرت Robert ) ان السلوك العدواني يتأثر بالعوامل البيئية الفيزيائية مثل الضوضاء ودرجة الحرارة والازدحام وغيرها . (روبرت Robert ١٩٨٠ ص ١٤٤)

#### (ج) محددات موقفية :

---

وتخص المحددات الموقفية المفاهيم المختلفة للسياق العام الذي يحدث خلاله مثل هذا السلوك العدواني . وتكثرت الابحاث في هذا المدخل على عاملين هما :  
تأثير العقاقير ( الادوية ) - زياده الاثارة الفسيولوجية .

### \*\*\* تأثير العقاقير : Drugs

اتجه ( موير Moyer ) الى دراسه أثر بعض العقاقير على اثاره السلوك العدواني  
فقام بسلسله دراسات حول أشر كل من الكحول والمريهوانه Merihwana  
على اثاره السلوك العدواني أو احباطه . ونتائج الدراسات افترضت ان كل من المريهوانه  
والكحول لها دور في اثاره السلوك العدواني تجاه الآخرين . ولكن اتجاه وحجم هذه  
التأثيرات تبدل ومختلفه كثيرا فيما بين هذين العقاقير .

موير Moyer ١٩٧٦ ص ٢٢٩ |

### \*\*\* زياده الاثاره الفسيولوجيه :

#### Heightened Physiological Arousal

لقد توصل ( زيلمان Zillman ) بعد عديد من التجارب الى نتائج في هذا المجال  
أوضحت ان زياده الاثاره الفسيولوجيه المتنوعه المنبثقه عن المشاركة في الأنشطة  
التنافسيه والتدريبات الصعبه القويه والتعرض للانلام المشيريه تستطيع اثاره العدوانييه  
تحت بعض الشروط . وتعني كلمه | تحت بعض الشروط | التأكيد على العوامل الموقفيه  
التي تعطى هذه التأثيرات تحت عوامل محيطيه خاصه ونوعيه . وتلخص هذه الشروط فيما  
يلي :-

- تؤدي زياده الاثاره المحدثه للعدوانييه الى حدوث السلوك العدواني اذا كان هذا  
السلوك استجابيه ساعده أو قويه . واذا اكان العكس فلا تكون العدوانييه . ولا تزييد

٢- والعامل الثاني الذى يظهر ويحد إلى أى مدى زياده الاثارة الفسيولوجيه تؤدي الى زياده العدوانييه . وهى الطريقه التى يعنون ( label ) أو يأول بها الشخص هذه المشاعر . ( زيلمان Zillman ، ١٩٧٩ ، ص ٤٢ ) .

### ثالث : علاقته العدوانييه بالعدائيه :

لقد اخذ مفهوم العدوانييه والعدائيه اهتمام كبير . وبخاصه دراسه طبيعه كل منهما والفروق بينهما . وقد فرق بـ ( Buss ) بين العدوانييه والعدائيه ويعزى العدائيه الى العدوانييه الدعمه بالأذى ، وأنها تشتمل على التقديرات السالبه للأشخاص والأحداث . وقد حاول ( بـ ) التمييز بين العدوانييه والعدائيه فى النقاط التاليه :-

- أن العدائيه استجابه اتجاهيه وتتضمن استجابه لفظيه للتعبير عن المشاعر السالبه والتقديرات للأحداث والأفراد . والاستجابه العدائيه ليست وسيليه ولا آتونوميه . وأكثر من ذلك تشتمل على التأويل والتقييم للمثير . والتقييم السالب له تأثير على الآخرين الا اذا تم التعبير عنه لفظيا . أى تأخذ القسم السالب من العدوانييه أى الجمل الخاصه بوصف الشعور . وهذا لا يعنى ان العدائيه والعدوانييه شئ واحد ( identical ) ولكن ابعد من هذا ان العدوانييه تشتمل على مكونات عدائيه .



فإن الغدائيه تستنتج من السلوك العدواني الآخر .

■ ■ تتكون العدائيه من الهجمات المضاده الزائده على الذات الفرديه والنبذ والحرمان .

\* \* ويمكن النظر الى العدائيه على انها استجابيه غضب مشروطه وليست لديها صفه الاتنوميه - بالاضافه الى الاستجابات الكامنه الناتجه كردود فعل غاضبه ناتجه عن ادراك المشير المغضب . فترتبط هذه الاستجابات الكامنه مع الاستجابات الغاضبه فتصبح استجابات عدائيه .

■ ■ وحيث ان العدائيه تنمو وتتطور على اساس العبارات اللفظيه التي تحدد فئه المشير ونوعه . وهذه الاستجابات اللغويه لا توجد الا في الانسان ولذلك فالعدائيه قاصره على الجنس البشرى لا تملكه الميكانيزمات والاستجابات الرمزيه ( بـ Buss ١٩٦١ ص ١٢ الى ١٦ ) ورغم محاوله ( بـ ) التمييز بين العدوانييه والعدائيه الا انه صمم مقياسا ( قائمه ) لأنماط السلوك العدواني اشتملت على ثمان فئات سلوكيه لم تفرق بين العدااء والعدوان . أطلق عليها قائمه بـ وديركي ( B.D.I )

Durkee- I .- ورغم ان المدخل النظرى اكل من ( بـ Buss ) و ( فولدز Foulds ) بيد ومختلفا الا ان انماط السلوك التي يعكسها مقياس كل منهما للعدوانييه أو العدائيه تتشابه معا . فعامل العدائيه العامه على مقياس ( HDH Q ) يشابه العدائيه الكامنه عند ( بـ ) . وهذا ما اثبته ( كلارك Clark ) في دراسته . وقد سبقه ( بندنج Bending ١٩٦١ ) باجراء

( Overt Hostility ) والعداثيه الكامنه ( Covert Hostility )

وصم على اساسها مقياسه للعدااثيه ( بندنج Bendind ١٩٦١ ص ١٩٠ ) .

وهذان المعاملان يقابلان العقابيه الخارجيه والعقابيه الداخليه على قائمتين  
( فولدس ) على الترتيب . ولهذا تعتبر قائمته ( HDHQ ) أكثر تطورا من كل  
من قائمته ( B.D.I ) ، قائمته ( بندنج ) . كما تمتاز بتوضيحها لاتجاهات  
العقابيه للداخل أو الخارج .

ويرى ( ادmondس ) ان العدااثيه الظاهره فى مقياس ( بندج ) تشبه عامل تخرج العدااثيه  
على مقياس فولدس ( AH ) أو العدااثيه فى مقياس ( بص ) والعدااثيه الكامنه فى مقياس  
( بندج ) تشبه عامل العدااثيه العام عند ( فولدس ) أو العدااثيه الكامنه فى مقياس  
( بص ) " ( ادmondس Edmondus ١٩٨٠ ، ص ١٩٩٥ )

الا ان ( ادmondس ) يرى ان العدوانيه والعدااثيه كلاهما يشتمل على الرغبه فى اذى  
الآخرين . وطبقاً لتحليل ( بص ) فان كلا من شكلى السلوك عدوائى لاشتمالها على  
العشير الضار أو المغضب وكلاهما أيضاً وسيلى وأوضح ( ادmondس ) الفرق فيما يلى  
يستخدم اصطلاح العدااثيه ( hostility ) والعدوانيه المدعمه بالاذى للاشارة  
الاستعدادات المدعمه تدعيماً جوهرياً ( intrinsically ) ( داخلياً ) .  
ويضيف ( ادmondس ) الى ذلك ان ( بص ) على الرغم من محاولته التفريق بين  
العدوانيه والعدااثيه الا انه لم يضع تعريفاً اجرائياً محدد لكلا منهما .

والعدوانية العدائية hostile aggressiveness | وهذا الاصطلاح الأخير ورد في كتابات ( باندوره ) عن العدوانية<sup>eness</sup> أيضا .  
( ادmond Edmond ، ١٩٨٠ ، ص ٢١ ، ٢٢ ) .

وقد قام ز ( زيلمان ) بالتمييز بين العدوانية والعدائية أيضا . ولكن من حيث حالتها الدافعية . ويتلخص هذا الفرق في النقاط التالية :-

- × × أي أو كل نشاط يقصد به الشخص الإيذاء البدني أو الألم لشخص آخر . وهذا الأخير مدون لتجنب هذا السلوك . فيطلق عليه سلوك عدواني .
- × × أي أو كل نشاط يقصد به الشخص الإيذاء للأخرين أكثر منه تدسيرا جسيما . أو ألما جسيما لشخص مدون لتجنب مثل هذا السلوك فيطلق عليه السلوك العدائى .
- × × أي أو كل نشاط تواصلى ( communicative ) أو ترفيلى ( conveying ) أو انتقالي . يقصد به الشخص التمرق بطريقه عدوانيه أو عدائيه تجاه شخص آخر معتده أو غير معتده على شروط معينه . فيطلق عليها التهديد العدوانى .  
( threat of aggression ) أو التهديد العدائى ( threat of hostility ) على الترتيب .

× × أي أو كل نشاط يشير الى السلوك العدائى او العدوانى ولكن لا يقصد الشخص القائم به إيذاء أو ضرر شخص آخر . فيطلق عليه سلوك تعبيرى expressive behaviour الذى ربما لا يرتبط أو يرتبط بحاله الغضب أو الضيق .

× × أي أو كل حالة من الميل أو الرغبة في الاعتداء على ، أو عدائى تجاه ، أو تهديد شخص يطلق عليه استعداد عدوانى أو عدائى أو تهديدى على التسوالى ( Zillman ١٩٧٩ ص ٣٢ ، ٣٣ )

وقد حاول ( زيلمان ) تقديم انماط سلوكيه لتفسير العدائيه والعدوانيه بشكــــل  
 اكثر دقه ولكن يمكن تلخيص الاسس الثلاثه التى اقام عليها ( زيلمان ) كفيه التمييز  
 بين العدوانيه والعدائيه .

أ : توجيه العقوبه أو الضربه الجسديه للاصابه . فى مقابل توجيه الضرر للإيذاء  
 وليس للاصابه الجسديه . ولكن فى اصطلاحات اكثر عموميه .

ب : النيه أو القصد فى توجيه الضربه أو الإيذاء فى مقابل التعبير عن الغضب  
 أو الازعاج أو أى خبره غير ساره .

ج : التواصل ( communication ) للتهديد . فى مقابل توجيه ضربه  
 للإيذاء أو التعبير عن الغضب ( المرجع السابق ، ص ٣٤ )

ويختلف ( فولدس Foulds ) عن الآخرين فى علاقته بين العدوانيه والعدائيه  
 فيعزيهما فى نظريته الى العقابيه ( punitiveness ) أى الى دافع  
 واحد هو عقاب الذات أو العالم الخارجى . ويرى ان العقابيه هى ميكانيزم أساسى  
 يساعد على تحديد العرض الشخصى . الذى يقع على متصل من زياده درجه الفشل  
 فى اقامه أو الحفاظ على العلاقات الشخصيه المتبادله والاغلبيه من الافراد تستطيع  
 التأثير على غيرها . وتكون اكثر نجاحاً فى اقامه علاقته شخصيه تقوم على التعاون والتبادل .  
 واذا لم يحدث ذلك ءانوا من الضغوط والاجهاد ( stress ) ويلجأوا الى لوم  
 الذات أو لوم الآخرين .

ويطلق عليه التركز حول الذات . وهنا يفترض ( فولدس ) أن العقابيه هي ميكانيزم اساسى اتجاهاى مناسب لقياس درجه التركز حول الذات . وهنا يفترض ( فولدس ) ان العقابيه هي ميكانيزم اساسى اتجاهاى مناسب لقياس درجه التركز حول الذات والعرض الشخصى . ويفترض أيضا ان العدائيه دافع متكامل ويتجه مباشره الى الذات أو الى العالم الخارجى ضد الاشخاص أو الاشياء . وأول من استخدم اصطلاح عقابى داخلى ( intropunitiveness ) وعقابى خارجى extropunitiveness هو ( روزنزويج Rosenzweig ) لتحديد اتجاهات العدائيه . ويرى ( فولدس ) أن - العدائيه والعدوانيه دافع واحد متكامل ( unitary drive ) ويأخذ شكلين رئيسيين هما عقابى متجه للداخل وعقابى متجه للخارج . وعلى اساس نظريته هذه صمم مقياس يشمل مدى واسع من العدوانيه والعدائيه واتجاه العدائيه

( فولدس Foulds ١٩٦٥ ص ١٨-٢٤ )

ويتضح مما سبق مدى الترابط بين العدوانيه والعدائيه الذى عبر عنه ( فولدس ) فى نظريته عن العامل العام للعدائيه أو ما يطلق عليه العدائيه العامه التى تشمل على كل انماط السلوك العدوانى والعدائى . ولذلك كان اختيار ( فولدس ) انصب القوائم للدراسه السيکوسوماتيه لاطهار اتجاه العدائيه العامه . وتوضيحه لمفهوم العقابيه سواء كانت عدوانيه صريحه أو كامنه غير مباشره .

وفى دراسه عن العلاقه بين مقياس العدوانيه والعدائيه فقد قام ( كلارك Clark )

مرتفعه على المقياسين السابقين . ووجد ايضاً ارتباط ذو معامل عالى بين الدرجـه  
الكليه على قائمه ( B.D.I ) والعامل العام للعدائيه على استخبار العدائيه  
واتجاهها ( كلارك Clark ١٩٧٠ ، ص ٢٢٥ )

ووجد ( ليفون ميلكيان وحسين الدرينى ) فى بحث عن نظاهر السلوك العدوانى  
لدى طلبه المرحله الاعدايه والثانويه فى قطر ان العدائيه لهادور فى ازكـاء  
السلوك العدوانى التدميرى لدى هؤلاء الطلاب المراهقين . ووجد ايضاً ان السلوك  
العدوانى الظاهر يقتل بتقدم السن والفرق الدراسيه ويتجه العدوان للداخل أكثر .  
أى ان العدائيه الموجه للخارج لدى طلبه المرحله الاعدايه أكثر منه لدى المرحله  
الثانويه . ( لينيون مليكيان ، وحسين الدرينى ، ١٩٨٣ ، ص ٢٤ )

وبرى كل من ( بك Beck ١٩٧٦ ) ، ( كيندل Kendell ١٩٧٠ ) ان  
كل من العدائيه والعدوانيه هى المشاعر والاتجاهات السالبه عن الآخرين أو العالم  
من حولهم وعن الذات . فى الابحاث التى قام بها كل منهما . فقد قدم ( بك )  
نظريته المعرفيه فى الاكتئاب التى فسر بها تطور حدوث الاكتئاب عن طريق العدائيه  
( hostility ) .

رابعاً ، العدوانيه والعدائيه ولاقتهما بأبعاد الشخصيه :

حاول كثير من العلماء المهتمين بدراسه العدوانيه والعدائيه دراسه علاقته بين

هى الابعاد الانفعاليه عند "أيزيك" حسب نمودجه .

وقد اعتبر [ بـ Buss ١٩٦١ ) العدوانيـه متغير من متغيرات الشخصيه  
أى كمجموعه من الاستجابات الثابته والواسعه . فقد عرف العدوانيـه بأنها استجابـه  
لكل من الاحباط أو الهجوم . وربما تكون مساعده على اكتساب أو الحصول على هدف ما .  
وهذه الاستجابـه ترتبط أو لا ترتبط بحاله انفعاليه ضعيفه . وتختلف العدوانيـه تبعاً  
لخصائص الأفراد . وهناك فروق فرديه بالنسبه لشده الاستجابـه وتكرارها .  
( بـ Buss ١٩٦١ ، ص ١٨٢ )

ويرى ( بـ ) ان هناك عددآ من العوامل المسئوله عن تطور العدوانيـه ونموها  
بالاضافه الى النماذج الوالديه والتعلم والعوامل البيئيه وهى :

١- الاندفاعيه أو التهور implosiveness

٢- شده الاستجابـه أو رد الفعل . intensity of reaction

٣- مستوى النشاط والاستقلاليه . ( المرجع السابق ، ص ١٨٤ )

وحاول ( ادموندس ) تقديم مقارنه توضيحيه لكل من هذه العوامل السابقه والابعاد  
حسب نموذج ( أيزنك ) . وتوصف الاندفاعيه كعدم القدره على التعامل أو تقبل الفشل  
ويشبه مفهوم الاندفاعيه مفهوم الانبساط عند ( ايزنك ) . ويشير مستوى النشاط

الى الطائفه المستخدمه في النشاط المختلفه . وهذا الجزء محدد بالهرمونات

النشاط وفراط الدم (hypermania) . وتنظم الأفراد تصاعدياً على هذا المتصل حتى تنتهي بالعدوان . وهذا طبقاً لسلوكياتهم والعلاقات الاجتماعية وخصوصاً المواقف التافسية والاحتكاكات الاجتماعية (social intrusiveness) . ومستوى النشاط كمتغير من متغيرات العدوانيـة عند ( بـ ) له علاقة بعاملين من عوامل الشخصية . فدرجة النشاط الاجتماعي للفرد له علاقـة بالاجتماعية في عامل الانبساط عند ( أيزنك ) . وفكره المتصل عند ( بـ ) يشبه فكره الاثارة عند ( أيزنك ) . وشبه أيضاً وصف ( أيزنك ) للشخصية الانبساطية العصائيه ( Eysenk ١٩٦٢ ) وطبقاً لفكره ( بـ ) عن شدة رد الفعل ( أو الاستجابة ) فهناك فروق بين الافراد فبعض الأفراد يعطون شدة استجابـة عاليـة جداً بينما يعطي الفرد الآخر استجابـة معتدلة لنفس المثير . وهذا المفهوم يشبه مفهوم ( أيزنك ) عينـة التشيط :

( activation ) ويفترض ( بـ ) ان الافراد ذوي درجة رد الفعل العاليـة يظهر عليهم غيظاً ومعاناه شديده لنفس المثير الذي يستجيب له الآخريـن استجابـة معتدله من الغضب . وبهذا الغضب الشديد تزداد القابليـة لزيادـة العدوانيـة . والمتغير العزاجي عند ( بـ ) للاستقلاليـة يشتمل على عدد من السمات ومنها :

( ١ ) الرضا الذاتي ( ٢ ) المقاومة لضغوط الجماعة . ( ٣ ) الثورة والتـرد . وطبقاً لفكره ( بـ ) هذه عن الاستقلاليـة فالشخص المستقل يصبح عدوانيـاً نتيجة للضغوط لكي يساير المجموعـة . وهذا النمط من السلوك يشبه النمط الذي وصفه ( أيزنك )



ويرى ( أد موندس ) ان هذه التفسيرات لم تحدّد بوضوح لدى ( بص ) بل وضحتها ( أيزنك ) فى بعدين اساسيين - أطلق عليهما بعدى الانبساطيه والعصائبيه . والفروق الفرديه فى بعد الانبساطيه يعزّيها ( أيزنك ) الى الفروق فى درجه القابليه للتشريط . وفسبولوجيا يعزّي الفروق الى الاختلافات فى نظام التشريط الشبكى .

( أد موندس Edmondus ١٩٨٠ ص ٢٦ )

ويصف ( أيزنك ) النمط الانبساطى بالتهور وارتكاب الأخطاء وتقلب المزاج . ويميل الى العدوان . وينظر ( أيزنك ) الى العدوان كأحد السمات المحدده للانبساطيه . ويرى ان الاجتماعيه وتطور نمو الضمير يتم من خلال عمليه التشريط . ويرى أن تشريط الانطوائيين أسهل من تشريط الانبساطيين . وأن الانطوائيين أقل عدوانيه من الانبساطيين ويفترض أن نظام التشريط لدى الانبساطيين به خلل ويمكن التحكم فيه للتخلص من الاستجابات العدوانيه الزائده . ويرى ( أيزنك ) أن الانفعاليه والعصائبيه والقلق يعملوا كدافع للحالات المنفعله كى تصبح أعلى استثاره عندما تواجه بمثير معين .

( أيزنك Eysenck ١٩٦٦ ص ١٢٢ )

ونشب فكره ( أيزنك ) السابقه فكره ( بيركوتيز Berkowitz ) عن الشخصيه العدوانيه بأنها شخصيه لديها مخزون من الطاقه العدوانيه المكبوتة ولكنها سريعه الغضب . وعندما يستثار هذا الغضب فان استجابتها تكون عدوانيه أكثر من الشخصيات الأقل عدوانيه . ( بيركوتيز Berkowitz ١٩٦٢ ص ١٢٠ )

التي سبق شرحها .

وكل هذه الافتراضات السابقة هي محددات وصفية نظرية تؤدي الى التداخل والتوازي بين المصطلحات أكثر منه تحديدا إجرائيا . وهذا دفع كثير من الباحثين لدراسة هذه العلاقة بين متغيرات العدائيه والعدوانيه وابعاد الشخصيه العامه .

فقد قام ( بندنج Bending ) بإجراء تحليل لهذه العلاقة بين العصائيه أو الانفعاليه وبعد ( الانبساط ) حسب نموذج ( أيزنك ) وعاملي العدوانيه والعدائيه فوجد ان الانبساطيه لها ارتباط دال مع العدائيه الظاهره . كما تنقسم العدائيه الى عدائيه ظاهره وعدائيه كامنه في دراسته ( ١٩٦١ ) كما وجد ان عامل العدائيه العام له ارتباط مع العصائيه ( N ) . ( بندنج Bending ١٩٧٢ ، ص ١٨٠ )

ولقد تبع ( بندنج ) دراسات عديده لمحاوله تفسير العلاقة بين بعض المتغيرات في ابعاد الشخصيه وكل من العدوانيه والعدائيه . وعلى سبيل المثال :

دراسه ( فروست Frost ١٩٧٢ ) عن الانبساطيه والعدوانيه . فوجد ان الانبساطيه كما تقاس بقائمه | أيزنك | للشخصيه ( E.P.I ) مشبعه بعامل العدوانيه ولكنها متناقضه مع عامل العقابيه الداخليه وليس لها ارتباط دال مع مقياس العدائيه الظاهره لبندنج ( فروست Frost ١٩٧٢ ، ص ١٤٢ ) وهذا بالرغم ان ( بندنج ) أثبت ان العدائيه الظاهره لها معامل ارتباط دال مع الانبساطيه كما سبق . وهذا يوضح التناقض في النتائج رغم ان أداه المقياس في الحالتين واحده .

وفى دراسه أخرى قام بها ( بورن Burn ١٩٧٢ ) لدراسه ابعاد العدوانييه والعدائيه وعلاقتها بأبعاد الشخصيه . فقام باجراء التحليل العاملى لـ ( ١٧ ) مقياسوهم اختبار بندنج للعدائيه ( العدوانييه الظاهره ، العدائيه الكامنه ) واستخبار العدائيه واتجاهها ( HDHQ ) ( مقياس فرعيه ) وقائمه [ بص ود يركى ] للعدائيه ( مقياس فرعيه ) . وبعض مقياس الشخصيه المشتقه من اختبار [ منيسوتا - المتعدد الأوجه للشخصيه ] ( MMPI ) مثل الاندفاعيه الذى افترض أنه يقيس كل من الانبساطيه والعصابيه . بعد تطبيقها على ( ١٦٥ ) مريض باضطراب نفسى وبعد اجراء التحليل العاملى توصل الى ما يلى :

( ١ ) الارتباط بين الانبساطيه والعدوانييه بسيط وسالب [ - ٠١٩ ] ولم يستطع فصل عامل الاندفاعيه كعامل عام للانبساطيه .

( ٢ ) وجدان اختبار العدائيه واتجاهها ( HDHQ ) مشبع بمقياس ( بص ) الشانيه . وأطلق عليه العامل العام للعدائيه . فمعامل الارتباط بينهما يصل الى ( + ٠٧٢ ) فهو ترابط موجب وعالى .

( ٣ ) الارتباط بين الانبساطيه والعدائيه سالب وبسيط فوصل معامل الارتباط البنى ( - ٠٣١ ) .

( ٤ ) الارتباط بين العصابيه والعامل العاملى للعدائيه على اختبار العدائيه واتجاهها على وكذلك مع العدائيه الكامنه على مقياس ( بندنج ) .

( ٥ ) الانبساطية والعدوانية الظاهرة يرتبطان معاً - ( وقد اثبت ذلك ( بندننج )  
كما سبق ولكن نتائج ( فروست ) تناقض ذلك .  
( بورن Burn ١٩٧٠ ص ٢٠ - ٢٦ )

خامساً : بعض الدراسات عن العدوانية والعدائيه :

( ١ ) دراسة ( ريمان ريمون Remon, R. ١٩٧٣ )  
بعنوان : العامل الروماتيزمى وديناميات العدوانية لدى المرضى بروماتيزم المفاصل  
من الاناث .

الهدف : هو دراسة الفروق فى ديناميات العدوانية بين المجموعتين ( SP )  
( SN ) .

العينة : تتكون عينة الدراسة من ( ١٧ ) مريضة بالروماتيزم المفصلى لديها  
أقارب مصابين بالروماتيزم المفصلى أطلق على تلك المجموعة ( SP )  
( Sero-Postive ) ، ( ١٧ ) مريضة بروماتيزم المفاصل ( SN ) ليس لديها  
أقارب مصابين بالروماتيزم المفصلى وأطلق عليها ( Sero-Negative ) وذلك  
لحسم عامل الوراثة ودوره فى نشأه المرض . رغم مجانسه المجموعتين من حيث العمر  
الزمنى - الزواج - المستوى الاجتماعى - مرحله المرض - المستوى الوظيفى - استمرار المرض  
وتم مقارنتهم فى أزواج متقابله .

الادوات : استخدام الباحث قائمة ( بص ودركى ) ( B.D.I ) لقياس العدوانية

والعدائيه والاتجاهات العدائيه - وتقدر العدوانيه العامه بحاصل جمع المقاييس الفرعيه الثانيه .

النتائج : سجلت المجموعه ( SN ) درجات على قائمه ( B.D.I ) تقارب المستويات السويه . واكتنفا تساوى نفس درجات المرضى فى المستشفى بأمراض أخرى . ومتوسط درجات المجموعه ( SP ) هو ( ٢٩.٥ ) أكبر من متوسط درجات المجموعه ( SN ) وهو ( ٢٣.٣ ) والفروق بينهما داله عند مستوى دلالة ( ٥.٠ ) . وبدراسه الباحث للمجموعتين من حيث بدايه المرض ووجود ضغوط حياه ترتبط ببدايه المرض . فوجد ان المجموعه ( SN ) ترتبط مع النموذج ( M.C.G - أى المجموعه الصراعيه ) ( Magor conflict Group ) والمجموعه ( SN ) ترتبط مع النموذج ( M.C.G ) أى المجموعه غير الصراعيه ( Magor conflict Group ) وقد فسر الباحث النتائج السابقه من حيث ديناميات العدوانيه . فوجد ان المجموعه ( SP ) أقل من حيث القدره على تفريغ اندافعيات العدوانيه . وتظل لديها عمليه كف للتعبيرات العدوانيه ،

واكد ( ريمون ) على ضروره دراسه بروفيل الشخصيه المرتبطه مع ديناميات العدوانيه بالاضافه الى محدد ضغوط الحياه الذى أكد على وجود علاقته بينه وبين نمائج العدوانيه للاناث المرضى بروماتيزم المفاصل .

الروماتيزميه باختياره للمجموعتين ( SP ) ، ( SN ) على أساس ظهور المرض لدى أحد الاقارب بدراسه سلاسل الأسره وأفرادها في المجموعتين . فهذا ليس بـكاف لتحديد العامل الوراثي فربما الفرد حامل للصفه الوراثيه ولكن لا تظهر عليه مورفولوجيا كما هو معروف في الوراثه . وكذلك ربما يرث الفرد الاستعداد للاصابه ولكن لا تظهر عليه الاصابه فعلا الا اذا توافرت شروط أخرى . وبالاضافه الى ذلك مراجع التاريخ الطبي والمرض للأسره والاقارب ليس معيارا صادقا يتسم بالدقه . والهدف الاساسي من الدراسه هو الفروق بين ديناميات العدوانييه لدى المجموعتين . وجاءت النتائج معتمده على المتوسط الحسابي وليست موضحه للديناميات وربما يرجع ذلك الى ان الباحث استخدم اختبار سيكومتري وحده دون الاستعانه بالمنهج الكلينيكي وفنيات التي تعين على اظهار الديناميات بالاضافه الى عدم مقارنه متوسط المجموعتان بمتوسط مجموعه سويه أخرى كمجموعه ضابطه بدلا من عقد المقارنه بين المجموعتين فقط . والقائمه المستخدمه لقياس العدوانييه والعدائيه لا تعطى الاتجاهات العدائيه وبالنسبه لمتوسط درجات المجموعه ( SP ) التي لديها اقارب مصابين بالروماتيزم المفصلي ( أي يوجد عامل وراثي مسئول ) على اختبار ( B.D.I ) ( ٢٩٥ ) أي درجه العدوانييه لديها أعلى من الفئه الأخرى . هذا يطرح سؤال توضيحي ربما تكون درجه العدوانييه العاليه المسئوله عن المرض السيكوساماتي . وربما أيضا دور العامل الوراثي الاستعدادي . وهذا لم يفسره الباحث . وخصوصا أن هذه المجموعه

بصراعات أو ضغوط حياه ) . وأهم ما جاءت وأكدت عليه هذه الدراسه هو دراسه  
برونيل الشخصيه المرتبطه بديناميات العدوانييه . والتأكيد على وجود ضغوط انفعاليه  
مستتره تسبق الاصابه .

( ٢ ) دراسه ريتا وريس : Rita & Rees ( ١٩٦٣ ) ( فى لندن )

بعنوان : المظاهر النفسيه للصداع النصفى :

الهدف : تهدف هذه الدراسه الى بحث الافتراض بأن العوامل النفسيه ربما تساهم  
فى نشأه الاصابه بالصداع النصفى كما يلى :

- ( ١ ) يوجد بعض السمات الشخصيه الخاصه التى تعتبر كعوامل مهيئه أو استعداديه  
للاصابه بالصداع النصفى .
- ( ٢ ) الخبرات الانفعاليه الضاغطة أو المجهده ( Stressful ) تعتبر أيضاً  
كعوامل مهيئه للاصابه .

## الادوات :

- ١- قائمه أيزنك للشخصيه ( E.P.I ) .
- ٢- اختبار القلق أو التوتر - تم اشتقاقه من اختبار ميسونا للشخصيه المتعدده الواجه  
( M.M.P.I ) .
- ٣- قائمه بص ودركى ( B.D.I. ) للعدائيه والعدوانييه .
- ٤- المقابلات الشخصيه . وتتضمن اسئله تدور حول التكيف الحالى النفسى والأسرى،

الأولاد - الزواج - العمل - العادات السلوكية المحببة والمكروهة .

### العينة :

تتكون عينة البحث بالا ضافه الى المجموعه التي اجريت لها مقابلات شخصيه

من ٦ مجموعات مقسمه كالاتي :-

- ( ١ ) مجموعه مريضه بالصداع النصفي التقليدي ( Classic M ) ( أى يصحبه قىء وألم فى جانب واحد من الرأس ) .
- ( ٢ ) مجموعه مريضه بالصداع النصفي الشائع ( Common M ) ( لا يصحبه قىء والألم فى جانب واحد ايضاً ) .
- ( ٣ ) مجموعه مريضه بالصداع غير النصفي ( كمرض عضوى آخر ) .
- ( ٤ ) مجموعه مريضه بالربو أو الأزمه الصدرية ( Athmatic ) وتعتبر هذه المجموعه ممثله لاضطراب سيكوسوماتى آخر . ولكن ليس صداع نصفى .
- ( ٥ ) مجموعه مريضه بالصداع النصفي وموجوده داخل المستشفى .
- ( ٦ ) مجموعه أسوياء كمجموعه ضابطه . ليس لديها أى اضطراب نفسى أو سيكوسوماتى / أو عضوى . وكل مجموعه من المجموعات الستة السابقه يمثلها ( ٥٠ ) حاله من السيدات ، ( ٥٠ ) حاله من الرجال ، ومتوسط العمر الزمنى للسيدات ( ٤٣ر١ ) سنه ، وللرجال ( ٣٨ر٢ ) سنه . ( ٦٨ ٪ ) من الرجال متزوجين ( ٤٥ ٪ ) من السيدات متزوجات .



يوجد فروق داله على درجه العصابيه لدى حالات الصداع النصفي عنه لدى المجموعه الضابطه من الرجال والسيدات ، ومستوى الدلاله ( ٠.٥ ) لكل المجموعات ولكن تريد درجه العصابيه لدى المرضى بالصداع النصفي والموجودين داخل المستشفى من بقيه المجموعات المرضيه . ولا يوجد فروق داله بين المجموعات المرضيه الآخري . وتقع مجموعه الربو ( بالنسبه لدرجاتهم على مقياس العصابيه ) بين درجات المجموعه الضابطه ومجموعه الصداع النصفي ولكن الفروق بين المجموعات الثلاث غير داله .

## ٢- مقياس الانبساط :

أظهرت مجموعات الصداع النصفي كلها فروق داله احصائياً عند مستوى ( ٠.٥ ) بالمقارنه مع المجموعات الضابطه . لكل من مجموعه السيدات والرجال أيضاً . بالنسبه لعامل الانفعاليه يوجد زياده داله احصائياً في درجات المجموعه المرضيه بالصداع النصفي عنه لدى المجموعه الضابطه والمجموعات الآخري لكل من الرجال والسيدات ( .

٤- وبالنسبه لمقياس القلق فقد حصلت حالات السيدات المرضيات بالصداع النصفي على درجه عاليه وداله احصائياً بمقارنتها ببقية المجموعات .

٥- وبالنسبه لمقياس الكذب ( L ) فلا يوجد فروق ذات دلالة احصائياً بين المجموعات

كلها بالنسبه لهذا المقياس .

من مجموعات الرجال أو السيدات سواء العريضات أو العرضى أو المجموعه الضابطه .  
 ٧- أمكن استخلاص دليل قاطع على مشاركته الضغوط الانفعاليه كعامل مهيب في الاصابه  
 بالصداع النصفى ، وتم استخلاص ذلك من المقابلات الشخصيه ودراسه التكيف الحالى  
 لكل حاله على حده .

٨- بالنسبه لقياس العدائيه .

■ حملت السيدات العريضات بالصداع النصفى الموجودات بالمستشفى على درجات  
 ذات دلالة احصائيه على العامل ( ١ ) ( السلوك العدائى ) والعامل ( ٢ ) ( الاتجاه  
 العدائى ) عنه لدى المجموعه الضابطه . ومستوى الدلاله ( ٠.٥ ) ما عدا مجموعـه  
 المريضات بالصداع النصفى الشائع . فلا يوجد فروق داله بينها وبين المجموعـه  
 الموجوده بالمستشفى .

■ ويوجد فروق داله احصائياً بين درجات الرجال المصابين بالصداع النصفى الكلاسيكي  
 عنه لدى المجموعات الأخرى على العامل ( ١ ) السلوك العدائى .  
 وبالنسبه للعامل ( ٢ ) الاتجاه العدائى فلا يوجد فروق ذات دلالة احصائيه بين  
 المجموعات الأخرى وهذه المجموعه . أو بين المجموعات الأخرى وبعضها بالنسبه  
 للرجال .

### تعقيب

تتميز هذه الدراسة بشمولها لعينات متميزه من مرضى الصداع على اساس التشخيص الطبى  
 الدقيق والمقارنه بمجموعات ضابطة لكل مجموعه .. وتناولت أيضا

الجنسين من المرضى . واضطراب سيكوسوماتي آخر مثل الربو . وتتميز هذه الدراسة بتناولها لأكثر من متغير سيكولوجي له دوره في الاضطراب السيكوسوماتي وخصوصاً خصائص الشخصيه أو ابعادها والعدائيه واتجاهها . الا ان المقياس المستخدم لدراسة اتجاه العدائيه يستخدم فقط في دراسة صور ونماذج العدوانيه والعدوانيه فلم يكن مناسباً لذلك . ولقد نجحت تلك الدراسة في تقرير دور الضغوط الانفعاليه كعامل مهيئ للإصابه السيكوسوماتيه مثل ما سبقها من دراسات والاسلوب المتبع في تلك الدراسة ( المقابله الشخصيه ) وحدها لدراسة التكيف الحالى لا تكفى لحسم دور الضغوط الانفعاليه . ولكن كان لا بد من الاستعانه بأدوات المنهج الكلينيكي المعروفه الأخرى . وفي هذه الدراسة اجريت المقابلات الشخصيه لـ ( ٢٣٧ ) حاله مريضه بالصداع النصفي بأنواعه المختلفه غير المجموعه الخاصه بالدراسه ( المرضى بالصداع النصفي ) فكان يجب على الباحثان استخدام نفس العينه الخاصه بالدراسه حتى تستطيع تفسير ما توصلت اليه الدراسه الامبريقيه من درجات ودلالات احصائيه . وأوضحت تلك الدراسه التوازي بين الارتفاع في درجات العصبيه والانفعاليه . وكذلك اكدت وجود السلوك العدواني بين السيدات المريضات بالصداع النصفي . الا ان الاتجاه العدائي لم يكن واضحاً ، ويرجع ذلك للإداه كما سبق . وكان يجب على الباحثين حسم دور العامل الوراثي كما سبق في الدراسه الباقية حتى يستطيعوا تقرير دور المتغيرات السيكولوجيه وهي ( خصائص

( المداغ بأنواعه ) وقد تناولت الباحثتين العدائيه واتجاهها . رغم ان الاهداف لم تتم عليها كمتغير سيكولوجى له دوره فى الاصابه بالمرض . وبالنسبه للمجموعه الضابطه ( الاسوياء ) فلم يذكر معيار السويه أو الادوات المستخدمه لتحديد درجه السواء .

( ٣ ) دراسه انديرا وفينودا Indira & Venoda

فى جامعه بانجالورى بالهند .

بمعنوان : ( ضوابط العدائيه فى الامراض السيکوسوماتيه ) -

الهدف: تهدف تلك الدراسه الى بحث العدائيه واتجاهها لدى عينه من المرضى السيکوسوماتيين .

العينه: تتكون عينه البحث من مجموعتين تجريبيتين :

■ ■ المجموعه الاولى : وتتكون من ( ٢٨ ) حاله ذكور واناث مرضى سيکوسوماتيين ينقسموا

الى ( ٥ ) فئات تشخيصيه مختلفه وهى ( ٩ ) ربو صدرى

( ٦ ) قرحه معديه ، ( ٦ ) ضغط دم مرتفع ، ( ٤ ) أمراض جلديه

نفسيه المنشأ .

( ٢ ) اضطراب الغده الدرقيه : ومتوسط العمر الزمنى ( ٣٩ر١٢ ) سنه ، وتم

اختيارهم من مستويات اجتماعيه - اقتصاديه مختلفه ( ٢٥ ) من الحالات تم

اختيارهم من قسم الطب النفسى بالمستشفى العام . ( ٣ ) من الحالات ايضا

الضابطه من حيث السن والجنس والحاله الاجتماعيه - والاقتصاديه ، والزواج .

■ **المجموعه الثانيه :** وتتكون من ( ١٤ ) عصابى من الذكور والاناث أيضاً . ومتوسط العمر الزمني ( ٣٦ر٢١ ) سنه . وتم الحصول على ( ١٠ ) منهم من نفس الأماكن السابقه التي اختبرت منها المجموعه السيکوسوماتيه . ويقسموا الى ( ٣ ) فئات تشخيصيه وهى ( ٦ ) اكتئاب عصابى ، ( ٦ ) قلق عصابى ، ( ٢ ) اضطرابات تحويليه . والمجموعه الضابطه تتكون من ( ١٤ ) حاله من الذكور والاناث أسوياء ومتوسط العمر الزمني لهم ( ٣٦ ) سنه . وتم اختيارهم من الطلاب .

**الادوات :** ( ١ ) اختبار المعاناه السيکوسوماتيه Psychosomatic Experience - T -

( ٢ ) اختبار العدائيه واتجاهها ( HDHQ ) لقياس العدائيه والعدوانيه العامه على المستوى الظاهرى واتجاهاتها .

( ٣ ) اختبار الاحباط العصور لروزنويج ( Picture Fru. Test ) لقياس ردود الفعل والاستجابه للاحباط . أى مقياس العدائيه والعدوانيه على المستوى الكامن .

( ٤ ) اختبار تفهم الموضوع ( T. A. T ) وتم تدريجه كميأ ( بالدرجات ) على كل من العدائيه والشعور بالذنب . بالاضافه الى دراسه تاريخ الحاله .

وتم تطبيق الاختبارات السابقه فردياً . ابتداء باختبار يلانك للمعاناه السيکوسوماتيه ومنشئياً باختبار تفهم الموضوع . ثم دراسه تاريخ الحاله . وقد حصلت المجموعه

على « درجات مرتفعه . بينما حصلت المجموعه العصائيه على درجات مرتفعه من الجزء الثاني الخاص بالتكيف النفسى المرضى » وحصلت المجموعه السويه على درجات معتدله فى الجزئين . ولذلك اعتبر هذا الاختبار تشخيصى للحالات .

### النتائج :

~~~~~

- ١- حصلت المجموعه السيکوسوماتيه والمجموعه العصائيه على اختبار ( HDHQ ) على درجات عاليه ذات فروق داله احصائياً فى « درجات العقابيه العامه ومستوى الدلاله ( ٠.١ ) » ولكن المجموعه السيکوسوماتيه أكثر عقابيه داخلية بالمقارنه بالمجموعه السويه . وأكثر عقابيه داخلية عن المجموعه العصائيه أيضاً .
- ٢- لا يوجد فروق ذات دلالة احصائيه بين المجموعات الثلاث على اختبار ( P.F.T ) بالنسبه لاتجاه العدائيه على المستوى الكامن ونمط رد الفعل . وكذلك لم يوجد فروق ذات دلالة احصائيه بين الفئات السيکوسوماتيه وبعضها .
- ٣- لا يوجد فروق ذات دلالة احصائيه بين درجات السيکوسوماتيين والعصائيين على اختبار تنهم الموضوع ( لقياس الشعور بالذنب والعدائيه ) .
- ٤- لا يوجد فروق ذات دلالة احصائيه بين المجموعه السيکوسوماتيه والعصائيه فى نماذج الدرجات على اختبار ( HDHQ ) ما عدا الاختلاف فى اتجاه العدائيه .

### تعقيب :

~~~~~

تتميز هذه الدراسه باستخدامها لمجموعه من الاختبارات التى تقيس العدائيه على

المستوى الظاهر والكامن واتجاهها . الا انها فشلت في تمييز العرضى السيكوسوماتيين عن العصبيين . وأظهرت الدراسة درجة عقابيه داخلية عالية لدى المجموعه السيكوسوماتيه عنه لدى العصبيين رغم ان العينه العصابيه تشمل فئة الاكتئاب العصابى التى تعتبر أكثر عدائيه داخلية أو عقابيه داخلية . ولم يظهر فى الدراسة مدى الاستفادة من اختبار ( P.F.T. ) وكذلك فشل اختبار تفهم الموضوع فى التمييز بين العصبيين والسيكوسوماتيين بالنسبه للعدائيه والشعور بالذنب ولم تظهر النتائج مدى الاستفادة من دراسة تاريخ الحالات . لم توضح الدراسة الفروق بين الفئات السيكوسوماتيه العرضيه نظرا لاختلاف العرض فهى ( هـ ) فئات مختلفه . وكذلك بالنسبه للمجموعه العصابيه فهى فئات تشخيصيه مختلفه من حيث ديناميات العدائيه أو العدوانيه .

( ٤ ) دراسة انديرا وفينودا Indira & Venoda

فى جامعه بانجالورى بالهند .

بعنوان : العدائيه كما تقاس بالتأت والخالات السيكوسوماتيه .

الهدف : هو محاوله تقديم تقرير عن استخدام اختبار تفهم الموضوع ( T.A.T. )

كاداه لتقدير وقياس العدائيه للحالات السيكوسوماتيه .

العينه : هى نفسها عينه البحث السابق ولكن الهدف مختلف .

\* \* وأجريت الباحثان هذه الدرسه لما أظهرت نتائج الدراسة السابقه حصول فشل اختبار ( T.A.T. ) فى قياس العدائيه أو الشعور بالذنب لدى العصبيين

والسيكوسوماتيين . أو التمييز بينهما رغم أن المجموعتين متميزتين كليتيكيا .  
 \* \* ولأن الدراسات حول استخدام اختبار تفهم الموضوع كأداة لتقدير العدوانييه  
 والعدائيه متناقضه .

الادوات : ( ١ ) اختبار المعاناه السيكوسوماتيه لبلانك .

وقد حصلت المجموعه السيكوسوماتيه على درجه عاليه في الجزء الأول الخاص بالتكيف  
 الفسيولوجي المرضي . وحصلت المجموعه العصائيه على درجه عاليه في الجزء الثاني  
 الخاص بالتكيف النفسي المرضي ، وحصلت المجموعه السويه على \* درجات معتدله في  
 الجزئين .

( ٢ ) اختبار : ( HDHQ ) وحصلت المجموعه العصائيه والسيكوسوماتيه على درجات  
 عاليه وذات دلالة احصائيه بمقارنتها بالمجموعه السويه في عامل العقائيه العامه  
 واتجاه العدائيه . ومستوى دلالة الفروق كان ( ٠.١ ) .

( ٣ ) وتم تطبيق اختبار تفهم الموضوع ( الصور الهنديه له فرديا . ثم اعطاء درجات  
 للقصص تبعاً لنظام ( سين Caine ) لقياس العدائيه . وذلك بعد الكلمات  
 العدوانييه واحصائها . ومع ذلك فشل الاختبار في التمييز بين المجموعتين  
 المتميزتين أصلا .

واكدت الباحثتان على ضروره قيام دراسات مناسبه كثيره مع مجموعات كليتيكيه مختلفه

قبل التقرير بعدم امكانيه تفهم الموضوع لاستخراج ثبات ( Themas ) العدوانييه



### تعقيب :

تعتبر هذه الدراسة متممة للدراسة السابقة لنفس الباحثان وتدور حول اختبار تفهم الموضوع وقدرته على استخراج شيات خاصة بالعدوانية والعدائيه لدى المرضى السيكوسوماتيين . ولقد تأكد لهما فشله في ذلك بعد اجراء تلك الدراسة .

-----

( ٥ ) دراسة لولاس وفون راد Lolás & Von Rad

بشيلي في أمريكا اللاتينية

بعنوان : القلق والعدائيه لدى المرضى السيكوسوماتيين والعصابيين .

الهدف : دراسة السلوك اللفظي ، وتحليل المحتوى اللفظي لألف كلمه من خلال المقابلات الشخصيه وتحليلها في بعدين هما القلق والعدائيه بعد استخدام المقاييس المختصين لقياس كل منهما .

العينه : تتكون عينه البحث من ( ٤٠ ) مريض سيكوسوماتي ، ( ٤١ ) مريض عصابي وتمت المجانسه بينهما في متغيرات كثيره .

الادوات : اختبار القلق (Anxiety Test) | اختبار العدائيه واتجاهها ( HDHQ ) والمقابلات الشخصيه لجميع التعبيرات اللفظيه .

النتائج :

تتجه العدائيه للداخل لدى المرضى السيكوسوماتيين وترتبط بقلق الشعور بالخزي ( Shame ) وتتجه العدائيه للخارج في المرضى العصابين وترتبط بقلق

الشعور بالذنب ( Guilt ) .

وحصلت المجموعة السيكوسوماتية على درجات عالية في العدائيه الموجهه للداخل والقلق . وحصلت المجموعة العصائيه على درجات عالية في العدائيه الموجهه للخارج . ولهذا قرر الباحثان امكانيه التنبؤ بنوع المجموعه المرضيه على اساس الدرجه على مقياس اتجاه العدائيه ( داخلية أم خارجية ) ودرجه القلق .

تعقيب :

لم يوضحا الباحثان في تلك الدراسة درجه العدائيه العامه . بل اهتمتا باتجاه العدائيه فقط . ولوانهما نجحا في التمييز بين العصائيين والسيكوسوماتيين بالنسبه لاتجاه العدائيه . ولكن كان على الباحثين ان يستخدموا مجموعه سويه ضابطه لتوضيح الفروق . وأفادت المقابلات الشخصيه وجميع التعبيرات اللفظيه للمجموعتين في اظهار ميكانيزم ( الانكار ) الذي تميزت به كلا المجموعتين رغم ما أظهره اختبار ( HDHQ ) لاتجاه العدائيه

-----

## قياس العد وانبيه والعدائيه

كثرت المقاييس والاستبانات والقوائم الخاصة بقياس كل من العدواني والعدائيه  
وانقسمت الى نوعين من المقاييس وهى الفئيات الاسقاطيه والاستبانات والمقاييس  
وبعضها قام على اساس نظرى بعضها تم اشتقاقه من مقاييس أخرى بعد بعض  
المطلحات الاحصائيه وسوف نقدم على سبيل المثال بعض هذه الادوات :-

أولاً : الفتيات الاسقاطيه :-

تم الاعتماد على هذه الفنيات الاسقاطيه فى تحديد نوع واتجاه العد وانيه أو العدائيه  
وأيضاً البحث عن اسبابها بطريقه كيفيه ومن اشهرها اختبار الاحباط المصور  
لرورينويج واختبار تفهم الموضوع ( T.A.T ) واختبار بقع الحبر (الرورشاخ)  
أ. اختبار الاحباط المصدر لرورينويج ( R.P.F.T )

وهم لقياس نمطين من الاستجابات للاحباط وهما العقابيه الداخليه ( I N )  
أو اتجاها العدوانيـه للدأخل والعقابيه الخارجيه ( E X ) اتجاها العدوانيـه  
للعالم الخارجى وتم حساب الصدق والتركيز على مقياس العقابيه الخارجيه لقياس العدوانيـه  
ويوجد تعارض بين نتائج الابحاث المستخدمه لهذا الاختبار . قام كل من ( ميـجارجى

بمقارنه الدرجات على مقياس العقابيه الخارجيه لكل من المساجين القتلہ والمساجين غير القتلہ ولم يتوصلوا الى فروق بين المجموعتين بينما وجد (بيرسون Pererson

( 1972 )

ان المساجين القتله اعلى من المساجين غير القتله على مقياس للعقابيه الخارجيه  
( E x ) . ويعتبر المقياس محددا للعدوانيه بطريقه كيفيه اكثر منها كميه  
■ دراسه ( كيسوناروا وآخرون فى المانيا، ١٩٨١ ) .

- تم دراسه مرضين من الامراض السيکوسوماتيه بواسطه اختبار الاحباط ( P F I )  
ويساعد هذا الاختبار فى كشف الاشكال والانماط المعقده للاجهاد والشده التى تعتبر  
عامل هام فى المنشأ المرضى للمرض .

وتم تقسيم ( ٢٨١ ) فرد الى المجموعات التاليه :-

أ : السيکوسوماتيون ( فى المرحله العضويه ) فى المرحله الوظيفيه .

ب : العصائيون ج : الاسوياء لمجموعه ضابطه .

أوضحت النتائج ان نمط الاستجابه أورد الفعل بالنسبه للسيکوسوماتيين على  
اختبار الاحباط ( P F T ) لم يفرق بين المرضى فى المراحل العضويه  
أو الوظيفيه أو العصائيين مع الامراض السيکوسوماتيه . بالرغم من وجود بعض  
العلامات الخاصه أو الاشارات بالنسبه للمرضى السيکوسوماتيين فى المرحله العضويه .  
واستنتج ان الاضطراب فى نمط وقصور الشخصيه لكل من العصائيين والسيکوسوماتيين  
ليقتود الى اضطراب فى توافق الانماط تكاملها وغير ملائم أو كافت لفصل ميكانيزمات  
الاجهاد أو الشده . ( Stress )

ب: اختيار تفهم الموضوع ( T , A , T )

وتستخدم لتحديد مستوى العدوانيه . ويقرر كثير من مستخدميه انه يصلح لتحديد

نوعيات من الافراد المتميزين بالعنف . ولديه الامكانيه التميزيه لبعض المسالك العدوانييه  
ويوجد تعارض بين بعض نتائج الابحاث فوجد ( هاسكيل Haskcel ١٩٦١ )  
ترابط بين الدرجات على اختبار ال ( T A T ) واستبيان للعدوانييه . كما وجد  
( ستون Stone ) فروقا في المعاديه التي يعكسها الاختبار بين المساجين  
المتميزين بالعنف وغيرهم . ويرى ( ميچارجي ١٩٧٠ ) ان اغلبيه الدراسات  
والابحاث التي استخدمت اختبار التات اكدت على امكانيته في التمييز بين  
نوعيات مختلفه من العدوان والعنف واتجاهه . وأشار الى ان الاختلاف يرجع  
للعينات المستخدمه في الدراسات المختلفه .

ج : اختبار بقع الحبر ( الرورشاخ )

---

يعتمد قياس صدق اختبار بقع الحبر ( الرورشاخ ) كوسيله لقياس العدوانييه يعتمد  
على النظام المحدد لوضع الدرجات فوجد ( وولف weolf ) أنه امكن التمييز بين  
المساجين القتلته وغير القتلته باستخدام اختبار بقع الحبر بطريقه اعطاء درجات خاصه  
بالمحتوى . على الرغم من ان طريقه التدريب الخاصه بالشكل لم ينجح في التمييز  
بين الفئتين السابقتين ويقرر ( بوس Buss ) ان نظام التدريب للرورشاخ على  
اساس الشكل لا يعطى انعكاس كامل لكل صور العدوان . وعلى الرغم من عدم انتشار  
استخدام الرورشاخ لقياس ابعاد العدوانييه الا انه أمكن تميز المكون العدائى باستخدامه  
الا أنه لم يستطيع تميز العدوان الكامن للشخصيه ولا يعتبر هذا التميز النهائى  
لمسنوى العدوانييه ولكن يحتاج الى قياس آخر أو وسائل أخرى تركز مباشره على قياس العدوان .

## ثانياً : الاستبيانات : Questionnaires

تعتبر الاستبيانات والمقاييس والقوائم من أكثر الوسائل العلمية لتقدير خصائص الشخصية . ومن السهل تدريسها ومقارنتها مع غيرها من وسائل التقدير الأخرى . وتستخدم في مدى واسع للقياس بغرض تشخيصي كإينيكي أو في اختبار مجموعات للأجاءات التجريبية . وبعض الاستبيانات تقيس العدوانية أو العدائيه . وبعضها يقيس العدوانية ضمناً للبعدين السابقين وتقسم الاستبيانات بناء على طريقته بنائها الى ثلاثة انماط . مقاييس حدسيه وامبريقيه ونظريه وذات اتساق وتساك داخلية .

### أولاً : المقاييس

In intuitively developed Scale

وتعتبر المدخل الحدس هنا في اختيار البنود في البدايه لا يقوم على خلفيه نظريه والتي تقيس العدوانية . ومعيار اختبار البنود هو الصدق . عن طريق تقديم مجموعه كبيره من البنود ثم تحكيمها من قبل متخصصين .

أ : قائمه ايوا للعدائيه The Iowa hostility Inventory

قام بأعدادها ( مولداوسكى ١٩٥٩ ) وتتكون من ( ٤٥ )

بنداً وتم حساب الصدق لها بطرق مختلفه باستخدام مجموعه من المرضى السيكا تربين . وتم تقدير الدرجات بمساعدته المعالجين ومقارنتها بالتقدير الذاتي من جانب الحالات لكل

من العدائيه فى اتجاهيها نحو الذات واعالم الخارجى ووجد لها ارتباطا عالى مع  
التقدير الذاتى للحالات أكثر منه مع المعالجين . كما اوجد لها ( بص وآخرون )  
ارتباط مع كل ابعاد مقياس العدوانيه والعدائيه لبص

ب : مقياس ( كوك وميدلى للعدائيه )

The Cook and Medley Hostility

( H S )

تتكون هذه المقاييس من ( ٥٠ ) بنداً وهو يمثل جزء من بطاريه صمما كل من  
" كوك وميدلى ( ١٩٥٤ ) عن اتجاهات المعلمين . وتم ايجاد الصدق والثبات  
لهذه القائمه بطرق عده وقام ( ميندلسون Mandelsohn ١٩٦٢ ) بمقارنه  
« رجات أربع مجموعات من الذكور على مقياس العدائيه والعدوانيه فى اختبار ( M M P I )

١- المجرمين الاشد عنفاً ٢- المجرمين معتدلى العنف

٣- المجرمين غير المتميزين بالعنف ٤- مجموعه غير اجراميه .

ونفشت هذه القائمه فى التمييز بين المجموعات الاربع . وقام ( يوسف Youssef  
١٩٦٨ ) بحساب الصدق التنبؤى لمقياس ( M M P I ) للعدائيه على عينيه  
قوامها ( ١٢٠ ) طالب جامعى تم تقسيمهم الى مجموعتين مرتفعى العدائيه  
ومنخفضين العدائيه على مقياس ( كوك وميدلى للعدائيه ) وكذلك مقياس العدائيه  
الظاهره .

ج : مقياس العدائيه الظاهر ( MHS ) The Manifest Hostility Scale

قام باعداده ( سيجال Siegal ١٩٥٦ ) وتتكون من ( ٥٠ ) بنداً وقام ( سيجال )

بحساب المصدق والثبات لدى طلاب الجامعة والعرضى من الذكور خارج المستشفى واستخدام اختبار الرورشاخ ومقياس ( F ) ووجد ارتباط دال مع مقياس ( F ) ولكنه ضعيف نظراً لأن كلا من المقياسين ( M H S ) ، ( F ) استبيانات بها تداخل وتشابه بين البنود : واستخدام هذا المقياس على مدى واسع - وقد استخدمه ( سبكس Spidka ١٩٦٦ ) في دراسته افتراض الاحباط - عدوانية وثبات ان زياده الاحباط في وسط مجموع تراقبته بالاضافه الى وجوده ضمن مجموعه منخفضى المستوى الاجتماعى والاقتصادى وسوف يؤدي الى زياده العدائيه الظاهره عند لدى اقليه اعضاء الجماعه من نفس المستوى الاجتماعى والاقتصادى . ولم تظهر النتائج القدره التنبويه للمقياس . رغم وجود ارتباط بين هذا المقياس ومقياس المرغوبية الاجتماعيه لادواردز من قائمه التفضيل الشخصى .

ووجد ( هاس Haas ١٩٦٦ ) أن طلاب السنة الاولى حصلوا على درجات على المقياس أعلى من طلاب السنة الثانيه .

ووجد كل من ( روشينام روستانيرس Rasenbaum & Stanner ١٩٦١ ) أن الطلاب الذين تم تعريضهم للاشاره سجلوا درجات مرتفعه على مقياس ( M H S ) وأيضاً على بطاقات اختبار التات ( T A T )

وقام ( سيجل Siegel et al ) بايجاد المصدق مع كل من اختبار الاحباط المصدر بعد تقسيم التفضيل الى مقياسين فرعيين هما العقابيه الداخليه والعقابيه الخارجيه

وقام كل من ( ميلر ، سبيكا Miller , Spilka , Pratte ) بمقارنته عينات



من مرضى الغصام البرانوبدي المتميزين بالعنف ومجموعه أخرى غير عتبه . ولكن  
لم يتوصلوا الى فروق داله على درجات هذا المقياس على أى من المقياسين الفرعين .  
د : مقياس العدائيه لماراسون

Sarason Hostility Scale (SHS)

صمم هذا المقياس ( ساراسون ١٩٥٨ ) وتتكون من ( ١٨٠ ) بنداً في صورته  
الاوليه . وكثيراً منها مشتق من اختبار ( M·M P I ) ، ٢٩ بنداً منها  
تخص العدائيه والغضب في مواقف كثيره . وأجريت عليه دراسات للصدق .  
هـ : استبيان جرين واستاكي للعدائيه والعدوان :

The Green ' Stacey Aggressein and Hostility-Questionnair  
صمم هذا الاستبيان ( جرين واستاكي ١٩٧٠ ) وتتكون من قياسين أ ، ب

متكافئان وتتكون من ( ٦٠ ) بنداً وتم تطبيقه على ( ١١٧ ) فرد . وأجرى له  
تحليلاً عاملين الا انه لم يظهر التفريق بين العدائيه والعدوان كعاملين مستقلين .  
ولكنه ينظم مدى واسع من السلوكيات والاتجاهات العدائيه والعدوانيه ولا يستخدم  
لقياس كل منها مستقلاً عن الآخر .  
ـ تقييم المقياس المحدسيه :

وجه لهذه الفئه من المقاييس مجموعه من الانتقادات ومنها انتقادات جودستين  
ولانيون ( Jayon & Goodstein ١٩٧٢ ) ويعترض على هذه المسله وتقوم على  
مسلمات ثلاث هي :

١- الحالات التي تطبيق هذه الاستبيانات يقدرون انفسهم بمفهوم بنود الاستبيان

الاتجاه السيكوني في فهم الشخصية .

٢- الحالات تجيب بطريقه صادقه وحقيقيه .

٣- معانى البنود واضحه وليس بها غموض .

ولكن هذا الوضع يختلف من فرد لآخر .

ثانياً : المقاييس الامبريقيه : Empirically Developed Scales

تقوم فكره هذه المقاييس على اختبار مجموعه من المثيرات المحدده واختبار امكانياتها في التميز بين المجموعات المحدده . وفي حاله دراسه العدائيه والعدوانيه تؤخذ المعايير من تقديرات الملاحظه أو من السلوك الاعتدائي العنيف ومن هذه المقاييس

أ : مقاييس "اسكولتيز" للعدائيه والعدوانيه :

Schultz, hostility and Aggression Seiles  
ويتكون من ( ٥٥ ) بنداً وتم تصميمه من تطبيق اختبار M M-P I على ( ١١٩ )

من الذكور المرضى النفسيين وتم وضع درجات لهم بناء على معايير خمس وهي :

١- درجه تكرار أو تواجد العدوان الكامن .

٢- شدة ومدى الاندفاعات العدوانيه قبل التعبير عنها .

٣- اتجاه العدوان .

٤- طريقه التعامل مع العدائيه أو صور وجودها .

٥- تكرار العدوان الظاهر .

وتم تقسيم البنود ( ٥٥ ) بنداً الى ثلاث مقاييس العدوان الظاهر ، العدوان الكامن

وضبط العدائيه .

ب : مقياس زاكس ولتير للعدائيه :-

The Zaksand Walters Aggressiveness Scale

وتنقسم بنود المقياس كالآتى :

١- بنود لاطهار مستوى العدوان الظاهر .

٢- بنود لاطهار اتجاه العدوان ،

٣- بنود للتقدير أسباب العدوان ظهوره أو كمنه .

ويتكون من ( ٣٣ ) بنداً موزعه كما سبق . وأوضحت الدراسات لهذا المقياس أنه  
يمكنه التمييز بين السلوك التوكيدي والسلوك العدواني ويتميز بثبات وصديق  
مقبول .

ثالثا : المقاييس المعنيه على خلفيه نظريه :-

هذه المجموعه من المقاييس محتوياتها أختيرت بناء على نظريات نفسيه محدده  
وتم اختيار البنود الخاصه بهذه النظرية واستراتيجياتها ومنها المقاييس الثلاثه  
الآتية :

أ : مقياس الحاجه للعدوان ( N A S )

ب : استبيان العدائيه واتجاهها ( H D H Q )

ج - قائمه بص - ديركسى ( B-D.I )

١- مقياس الحاجه للعدوان ( N A S )

ويتكون من ( ٩ ) بنود من قائمه التفضيل الشخصى لادواردز والتي صممت لقياس

- ١٣. -

السلوك العدواني اللفظي مثل النقد والمجادله ووصفت تلك القائمة على الاساس النظرى لنظام ( موراى ) للحاجات لنظريه عامه فى الشخصيه وليست خاصه بالسلوك العدواني فقط . ووضعت بنود القائمة فى ازواج ويختار الفرد واحد من هذه الأزواج .

## ٢- استخبار العدائيه واتجاهها ( HDHQ )

The Hostility and Direction of Hostility  
Questionnaire

صم استخبار العدائيه واتجاهها ( HDHQ ) لكى يشمل مجموعه كبيره نسبياً للمظاهر أو الاشكال الممكنه للعدوانيه أو العدائيه أو العقابيه . صم هذا المقياس تبعاً لنظريه ( فولدز Foulds ١٩٦٥ ) .

فى العقابيه . حيث انه لم يفرق بين العدوانيه Aggressiveness والعدائيه Hostility واعتبروها دافعاً واحداً ( Unitary Drive ) وهو يرد هذا الدافع الى العقابيه ( Punitiveness ) وبأخذ هذا الدافع شكلين رئيسيين هما العقابيه المتجهه للداخل ( Intropunitiveness ) والعقابيه المتجهه للخارج ( Ectro punitiveness ) ويتكون الاستخبار من ( ٥ ) مقاييس فرعيه . ومنها مقياسين لقياس العقابيه المتجهه للداخل ( الموجبه ) وهما

الشعور بالذنب الهذائى ( Delusional Guilt ) ونقد الذات Selfcriticism

اما المقاييس الثلاثه الفرعيه الأخرى وهى نقد الآخرين Criticism of Others

والعدائيه الصريحه (- Actind out Hos- ) ، والعدائيه الهذائيه المسقطه  
=tility

( - Projected Delusional- ) لقياس العقابيه الخارجيه . ويمثل مجموع  
- Hostility- )

هذه المقاييس الفرعيه الخمسه العدائيه العامه ( General Hostili-  
- ty)

هذه الاستخبار لقياس العدائيه واتجاهها ( العقابيه )

( محمد عبد الظاهر الطيب ١٩٨٤ ، ص ٣ )

وقد صمم كل من [ فولدز ، كين وهب ( Foulds, Caine & Hop ١٩٦٧ )

وقام بتعريبه واعداده ( محمد عبد الظاهر الطيب ) .

وتعرف العدائيه فى هذا المقياس بأنها سلوك أو اتجاه يقصد به ايذاء الآخرين أو إيذاء

الذات وهى تأخذ صور متعدده هى العدائيه الصريحه ونقد الآخرين والعدائيه

الهذائيه المسقطه ونقد الذات والشعور بالذنب ( محمد عبد الظاهر الطيب ، ١٩٨٥

، ص ٦١٦ ) أى أنها تكوين فرضى من الدافع لممارسه الاتعاط والصور السابقه . وهى

الدرجه الكليه التى يحصل عليها الفرد بناء على حاصل جمع درجاته على المقاييس

الخمس الفرعيه التى يشملها المقياس .

ويستطيع الاستخبار التمييز بين الفئات المرضيه المختلفه من الذهانين والعصابيين

كما يميزهم عن الاسوياء . كما يمكن استخدامه كـلينيكيًا عن طريق تسجيل درجات

الحاله على المقاييس الخمس الفرعيه لتعين الباحث فى تفسير درجات الحاله على كل من

الدرجه فى العقابيه الداخليه أو الخارجيه . ويمكن حساب اتجاه العدائيه

عن طريق هذه المعادله :

اتجاه العدائيه : = | ٢ | نقد الذات + الشعور بالذنب | - ( نقد الآخرين +  
العدائيه المريحه + العدائيه الهزائيه المستظه )  
وتم حساب المصدق والثبات بطرق مختلفه .

The Buss - Durkee Inventory

٢- قائمه بمروديركى

قاما " بمروديركى ) باعداد قائمه لمختلف صور السلوك العدواني وتم توزيعها  
بناء على ثلاثه اتجاهات :

أولاً : طبقاً للعضو المستخدم | ( جسدى فى مقابل اللفظى )  
مثل الاعتداء البدنى على كائن آخر بواسطة اعضاء الجسم أو الاسلحه أو الآلات  
والآدوات فى مقابل اللفظى مثل الالفاظ غير المرغوبه الموجهه لفرد آخر أو التهديد  
أو الرفض

ثانياً : طبقاً للعلاقات الشخصيه :

- مباشره : مثل الهجوم أو الاعتداء أو الرفض أو التهديد .
- غير مباشره : مثل نشر الشائعات أو تشويه صفات وأفعال الآخرين .

ثالثاً : طبقاً لدرجة النشاط :

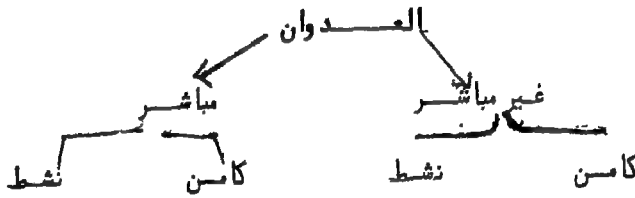
- تشييط : وهذا يتضمن كل السلوكيات السابقه .
- كامن : ويتشمل فى منع الآخرين من الوصول الى اهدافهم .
- والعدوانيه الكامنه عاده ما تكون مباشره ولكنها احياناً تكون غير مباشره مثل  
الاعتصام .

ومعظم اشكال العدوانيـه موضـحه في الشـكل التـخـطـيـطـي الآتـي الـذي اقـتـرـحـه  
( بـص )

العدائيه ( H O )

١- الاستياء ( الغيظ )

٢- الشك



منع الآخرين من العدوان غير السلبيـه العدوان  
الوصول الى اهدافهم المباشر اللفظي

ويتكون القائمة من المقاييس الفرعيـه الآتيـه ( نشر الشائعات )

١- العنف والاعتداء الجسدي على الآخرين

٢- العدوان غير المباشر : مثل نشر الشائعات الخبيثـه واطلاق النكات .

والا تيان بأفعال تؤدي الى نوبات من الغضب للطرف الآخر .

٣- حده الطبع ( التهيج ) .

الاستعداد للغضب السريع ويتضمن سرعه الانفعال والبدايه .

٤- السلبيـه : سلوك مضاد ويعني الرفض وعدم الرغبـه في المـشاركـه وابداء الرأى .

٥- اليقظه : ( الاستياء ) ٦- الشك : وهو اسقاط العدوان على الآخرين

٧- العدوان اللفظي .

واقترح ( بص ) ان الاستجابات العدوانيـه يمكن تقسيمها في عدـه مجموعـات

- ١٣٤ -

وانها ترتبط ارتباطاً موجيباً . والارتباط الموجب دليل عليه كل من ( الوشاس

( ١٩٦١ Lovas ) جنيرى      ( ١٩٧٠ Gemtry )

وتتبع نظام بص - دركى اُختبار السلوك العدوانى للاطفال . الذى قمست

بتصميمه واعداده وتثنيه على الأطفال .





الانسحاب والحياء والخجل وتفاوت الافراد في الدرجه على هذا المتصل وأيضاً نظريه ( فولدس Foulds ١٩٦٥ ) الذى اعتبر العدوانيه والعدائيه دافع واحد أطلق عليه العتائيه العامه . قسم سيرس (Sears ١٩٦١) السلوك العدوانى الى ثلاث صور وهى عدوان مباشر مادى وعدوان لفظى وعدوان غير مباشر يتم التعبير عنه بصور أخرى استقاطيه أو حيل دفاعيه ولا يمكن تصنيفه مع السلوك اللفظى أو العادى .

**الدراسات السابقه :**

وكثرت الدراسات حول السلوك العدوانى وعلاقته ببعض المتغيرات الأخرى أو السلوك العدوانى بوجه عام ولكن تصنيف الدراسات السابقه كالتالى :

أولاً : دراسات عن السلوك العدوانى لدى الاطفال من الجنسين وعلاقته بمتغير آخر

مثل دراسه (ليسير Lesser ١٩٢٦) عن العلاقه بين القلق واستجابات الاطفال نحو العدوان . أجراها على تلاميذ المرحله الابتدائيه للبنين والبنات وأظهرت النتائج ان القلق الدراسى يزيد من مستوى السلوك العدوانى لدى الاطفال وأيضاً السلوك التوتري والتردد ودراسه ( ليفيوسن مليكيان وحسين الدرينى ١٩٨٣ ) عن بعض مظاهر السلوك للعدوانى لطلبة المرحله الثانويه والاعدايه بالدوحه . وتم تصنيف المظاهر العدوانيه تبعاً للسلوكيات الدراسيه للتلاميذ فقط من وجهه نظر المدرسين والمشرقيين الاجتماعيين .

وفى دراسه ( فيولا اليبلاوى ١٩٨٨ ) عن تحليل المشكلات السلوكيه لتحديد المشكلات الأكثر شيوعاً . وبعد اجراء التحليل العاملى أظهرت الدراسه سبعة عوامل ، العامل الاول منها مشكلات السلوك العدوانى .

ودراسه أخرى قامت بها ( عفاف محمد عبد المنعم ، ١٩٩١ ) عن المشكلات السلوكية للمتخلفين عقلياً . وتوصلت الباحثة الى ان أولى المشكلات من ناحيه الترتيب هي مشكله السلوك العدواني . وبذلك تؤكد هذه الدراسه ودراسه ( فيولالبلاوى ) على مدى انتشار السلوك العدواني وبروزه في مقدمه مشكلات الاطفال في كل الفئات .

ثانياً : دراسات حول الفروق بين الجنسين في السلوك العدواني أو العدوانيه فنسها من تناول جانب محدد من العدوان أو مظهر من مظاهر السلوك العدواني وبعضها تناول العدوانيه أو العدائيه بصفه عامه ومن امثله تلك الدراسات دراسه ( آن فرادى و جاكلىن Ann Fradi & Jacquelin ، ١٩٧٢ ) قاما بمسح شامل لجميع الدراسات التي اشتملت على اما العدائيه العامه أو مظهر من مظاهر السلوك العدواني فوجد انها تمثل ( ٦١ ٪ من ٧٢ دراسه ) ولم يظهر ان الرجال اكثر عدوانيه من السيدات . وفي دراسه أخرى لنفس الباحثان وجد ان اكثر من ( ٨٠ ٪ ) من الدراسات لم تصل فيها الفروق الى الدلاله التي تقرران النساء دائماً أقل عدوانيه من الرجال ووجد ان ( ٥٤ ٪ ) من الدراسات حول السلوك العدواني اهتمت بدراسه السلوك العدواني لدى الرجال فقط ، ( ٢٤ ٪ للجنسين ) ، ( ٨ ٪ ) للنساء فقط ، ( ١٤ ٪ ) من الدراسات لم تهتم بعامل الجنس .

واكد ( باندوزه ، ١٩٧٣ ) على ان ظهور السلوك العدواني لدى السيدات أقل من الرجال ويرجع الى ان السيدات يعلن الى كف الميل العدواني بوسائل دفاعيه ويحاربن من أجل عدم ظهورها .

ودراسه ( هاتسوزوكا ، وماكيكى وأوجوش ، يوشى : Hatsuzuk, Makaki & Ogushi Yoichi ١٩٩١ ) فى اليابان بمركز دراسات المرأة عن الفروق بين المراهقين والمراهقات فى العدوانية واتجاهها باستخدام اختبار الاحباط ( لروزنزويج RPFS ) لتحديد العدوانية الداخليه وقائمه ( يوتابى جيلفورد للشخصيه Y.G.I ) وأوضحت تلك الدراسه ان المراهقين الذكور وجدت لديهم عدائيه خارجيه وداخليه عاليه. والمراهقات حصلن على درجات منخفضه . وأعزوا ذلك الى تعبير الاناث عن العدائيه بطريقه غير واضحه ومعقده فوجد ان العدائيه الداخليه لدى بعض الاناث يتم كبتها ولا تظهر والبعض يعبر عنها بأسلوب غير واضح ولا تظهر سواء بالا سلوب السيكومترى أو الاسقاطى .

وفى دراسه قام بها كل من ( جون أركرويكارين ويستمان John Archer & Karin Westeman ١٩٨٧ ) على مجموعه من اطفال المدارس الابتدائيه من عمر ( ٦ - ١١ سنه ) ولم تتعرض الدراسه للسلوك العدوانى غير المباشر وأظهرت عدم وجود فروق بين الجنسين عند ٦ سنوات وأظهرت الدافع للعدوان عند كلا الجنسين فى السن . وأجريت الدراسه داخل الفصول الدراسيه . وأظهرت ان الاختلاف بين الجنسين فى صور السلوك العدوانى فى عمر ١١ سنه وليس فى الدافع للعدوان . والعدوان اللفظى لدى البنات أعلى منه عند البنين والعدوان المباشر المادى عند البنين أعلى منه لدى البنات والفروق داله احصائياً . وعن اتجاه السلوك العدوانى بين الجنسين فوجدوا ان السلوك العدوانى عمر ١١ سنه يتجه نحو نفس الجنس من البنين أو البنات ولم يتجه للجنس المخالف .

وفى دراسه ( هاريس وسامبروت Harris & Samerotte ١٩٧٥ ) عن العدوانيه اللفظيه لدى حالات أو افراد يتطلب عملهم التعامل مع افراد المجتمع المختلفه وتمت الدراسه على البائعين والبائعات فى المحال التجاريه . وتم سؤالهم عن اشياء لشراؤها وتم تسجيل طريقه الرفض أو الاستجابه لاستفسارات الافراد عن المشتريات فوجد ان الرجال اكثر عدوانيه لفظيه من السيدات وهذا يختلف عن كثير من الدراسات التى أظهرت ان البنات أكثر عدوانيه لفظيه مثل دراسه ( باردويك Barduiك ١٩٧١ ) التى أظهرت ان البنات أكثر عدوانيه لفظيه والبنين أكثر ماديه . وتؤكد هذه الدراسه أيضاً على ان الفروق بين البنين والبنات فى السلوك العدواني يظهر فى شكل أو صوره العدوان كما وضح ذلك ( جون أكروكاريه ويستمان ) التى سبق شرحها . وأكدوا أيضاً على ان الدافع للعدوان لدى الجنسين واحد ولكن الفرق فى صوره العدوان .

#### تحديد المصطلحات :

#### السلوك العدواني Aggressive behaviour

هجوم أو فعل محدد ان يمكن ان يتخذا أليه صوره من الهجوم المادى والجسدى فى طزف والهجوم اللفظى فى الطرف الآخر وهذا السلوك يمكن ان يتخذ ضد أى شئ أو شخص بما فى ذلك ذات الشخص وأحياناً يكون سلوكاً ظاهرياً مباشراً محددآ وواضحاً وأحياناً أخرى يكون التعبير عنه بطريقه اما اسقاطيه على الآخرين أو البيئه من حوله .

أ : السلوك العدواني المباشر Direct aggressive behaviour

ويقصد به توقيع الأذى أو الضرر بالآخرين أو بالذات ويتم التعبير عنه بطريقه مباشره وواضحه وتشمل العدوان المادي Physical aggressive ويتم التعبير عنه بطريقه مباشره وواضحه .

ب : السلوك العدواني اللفظي : Aggressive behaviour

ويقصد به الاستجابة اللفظية التي تحمل الإيذاء النفسى والاجتماعى للخصم أو للمجموعه وجرح مشاعرهم أو التهمك بسخرية منهم ويشمل كل التعبيرات اللفظية غير المرغوبه اجتماعياً وخلقياً ( فولدس Foulds ١٩٥٦ ) .

ج : السلوك العدواني غير المباشر Indirect aggressive behaviour

هو سلوك عدواني معبر عنه بطريقه صريحه وواضحه ويعبر عنه بطريقه استعاطيه على الذات أو الآخرين أو ضمنيه تخيليه ويتضمن مسالك المخادعه والكره والوقيعه ( سيرز Sears ١٩٦١ )

خطوات إعداد الاختبار :

بعد الإطلاع على الكثير من النكات الخاصة بالعدوانيه والعدائيه ومقاييسها المعربة ولأجنبيه لم أجد فى أى منها جميع صور السلوك العدواني للأطفال ومنها نظريه ( فولدس Foulds ١٩٦٩ ) الذى اعتبر كلا من العدوانيه دافعه واحد أطلق عليه العقابيه العامه ( G.P ) وهذا المصطلح مستعار من افكار ( روزنزويج Rosenzweig ١٩٣٤ ) وتم بناء على ذلك تصميم اختبار العدائيه

واتجاهها ( H.D . H.Q ) وهذا الاستخبار يصلح للراشدين وخصوصاً للحالات المرضيه ولا يصلح للأطفال وقتنه ( محمد الطيب ، ١٩٨٤ )

وقائمه بص ديركسى Buss Durkee ( ١٩٥٢ ) للعدوانيه اشتملت على صور مختلفه للعدوانى . وتم تقسيم صور العدوان بها طبقاً لآسلوب المستخدم فى التعبير عن العدوان وأيضاً لا تصلح للأطفال .

وهناك الكثير من القوائم والاختبارات الخاصه بقياس العدوانيه الظاهره أو الكامنه أو احدهما فقط وقد أكد ( سيرس Sears ١٩٦١ ) ان اصطلاح العدوانيه المباشر يشمل كل صور العدوان الواضح التى يقصد بها اىذاء الآخرين أو البيئه المحيطه أو الذات والعدوانيه اللفظيه توضح المتعبير عن العدوان بصوره لفظيهه والقسم الثالث وهو العدوانيه غير المباشره وهذا يشمل ويتضمن كل صور التعبير العدوانى غير الظاهره أو الظاهره ولا يمكن تصنيفها تحت اللفظيهه أو الماديه .

ويتكون الاختبار من الاقسام الثلاثه الآتيه :-

القسم الاول : السلوك العدوانى المباشر المادى .

القسم الثانى : السلوك العدوانى اللفظي .

القسم الثالث : السلوك العدوانى غير المباشر .

وتم استبعاد العبارات التى لم تلقى اتفاق عليها . وأيضاً طلبت مراجعته تصنيف .

العبارات تحت الأقسام الثلاثه فالقياس الاول الخاص بالسلوك العدوانى المادى

كان اكثر العبارات عددآ ( ٢٠ عبارة ) وتم حذف بعض العبارات وتحويلها الى السلوك العدواني غير المباشر حتى وصل عدد العبارات بهذا المقياس الى ١٤ عبارة ومقياس السلوك العدواني اللفظي كان عدد العبارات به ( ١٢ ) عبارة وتتم حذف عبارتين منها والعبارة الثالثة تم تحويلها الى مقياس السلوك العدواني غير المباشر . وبذلك وصل عدد العبارات على كل مقياس ( ١٤ ) فقره وتم استخراج معاييرهم وتم حساب الصدق والثبات بطرق عدة وتم نشره .

■ ■ منشور في مكتبه الانجلو المصريه .



## العدوانية لدى كل من الرجل والمرأة

شاع دائما افتراض مؤاده أن الرجال دائما أكثر عدوانية جسدياً ومادياً عن الإناث والسيدات والإناث يزجمن العدوانية إلى صور غير مباشرة أخرى بدلا من التعبير الصريح عنها وكل من الرجال والنساء يتفاعل وله رد فعل للسلوك العدواني ولكن الاختلاف في الاستجابة وليس في مصدر السلوك العدواني وأحيانا بعض العلماء يعزيبها إلى دور الجنس، تظهر الفروق الجسدية بين كلا الجنسين في الاستجابة للعدوان الخارجي بينما الرجال يثورون وينصنبون ويشير العدوان الجسدي واللفظي لدى النساء القلق والغضب .

وسنوضح هنا الآراء في مظاهر السلوك العدواني بين الجنسين .  
أظهر العديد من الباحثين الاختلاف في حجم العدوان الجسدي ( المادي ) لصالح الرجال أمثال ( ايرون وحسمان ولينيون ) .

١٩٧٧ Eron, Huesman, Lefkouveits & Malder

ويتميز الرجال بزيادة العنف .

ورغم ذلك يعرف أن النساء لديهن خاصية القدرة على سكون العدوان على سبيل المثال تتساوى السيدات مع أزواجهن في أمريكا في حوادث العنف المرتبطة بالاسره .  
وهناك دراسات أظهرت أن النساء أكثر اساءة للأطفال من الرجال ( جيليس

( ١٩٧٣ Gells

وعلاوه على ذلك ارتفاع نسبة حدوث حوادث العنف بين النساء الأصغر في السن ولكنها لم تصل إلى مستوى المشكلة ( فويلت وبسبوركاريت No Feilit & Burcar ١٩٧٦ م ) ولكن الإدار الخاصة بالمرأة تغيرت في الكثير من المجتمعات ويتبع السلوك العدواني شوره وإشاره للغضب لدى النساء .

وهناك دليل آخر على أن النساء لديهن عدائيه وعدوانيه مباشرة مثل الرجال وبالبحت في التراث السيكولوجي في ( ٧٢ ) دراسه مشتمله على مقاييس لصور وأشكال

السلوك العدواني وأيضاً على مقاييس للعدائيه العامه وجدا ان ( ٦١ ٪ ) لم يظهروا ارتفاع العدوانييه في كل الحالات لدى الرجال عنه لدى السيدات ويفترض معظم الباحثين في البدايه دائماً ان الرجال أكثر عدوانييه من السيدات مما يؤثر على تأويله لنتائجه وخصوصاً إذا كان البحث قائم على البحث في الديناميات ويستخدم السيكلوجيون الرجال كعينه للأبحاث في اباحثهم بأعداد كبيره أكثر من النساء ففي ( ٣١٤ ) دراسه تجريبية اهتمت ( ٥٤ ٪ ) منها بالرجال فقط = ( ٢٤ ٪ ) منها بالجنسين ، ( ١٨ ٪ ) بالنساء فقط = ( ١٤ ٪ ) غير مميزه لنوع الجنس . أو لم تحلل الفروق الجنسيه .

وقد جمع (مكسينيـــــــــــــــا ويتسليبر ١٩٧٣) مجموعه من الدراسات اجتمعت  
بالانماط السلوكيه والأهوار الخاصه بالسيدات فى تحليل النتائج أكثر من الرجال ، ونرى  
(٢٣) دراسه وجدّ (٢٢٪) للرجال فقط = (٢٧٪) للجنسين = (٣٣٪) للسيدات  
فقط ، (١٢٪) لم تهتم بأثر الجنس ومعظم حالات النساء ، التى تم التطبيق عليها  
يقومون بأدوار اجتماعيه وأنماط أنثويه تحقق الجاذبيه الاجتماعيه وبين الشخصيه مثل  
البائعات فى دراسه ( مكسنيا ) .

والعظمير السلوكي العدواني عند كل من الرجال والنساء يرجع للتفاعل بين مجموعة عوامل . والاختلاف يرجع للديناميات المسئولة عن ظهور صورة العدوان .

تعريف العدوان :-

أشهر (أوضح تعريف للعدوان هو تعريف (بركوفيتز Berkowitz) هو السلوك الذي يقصد به إيذاء شخصي أو موضوع . والعنف هو حالة انتقاله مستتجه من التعرض للاحتباط وبالتالي يخلق الاحتباط الاستعداد للأفعال العدوانية والدراسات السابقة في مجملها وصف للعدوانية الجسدية (المادية) في مقابل

اللفظية والمباشرة في مقابل غير المباشرة .

والعدوان العادي : هو أى استجابة تؤدي أو تنوي الضرر المادي والجسدي أو الألم الجسدي في الضحية أو تدمير موضوع ما . والاستجابة الجسدية أخذت الاهتمام

والعدوان اللفظي حدد بأنه الاستجابة اللفظية يقصد بها الإيذاء النفسي الاجتماعي لفرد آخر أو إيذاء المشاعر أو تقيمه بطريقة سلبية في آدائه أو اهانتته وقد يتسبب في فقدته لوظيفته أو عدم حصوله على جائزه محدد .

والمفروض ان يتضمن السلوك العدواني التخيلات العدوانية لكل من السلوك العدواني اللفظي والجسدي في قوائم قياس السلوك العدواني . والتفريق بين العدوان المباشر وغير المباشر سواء أكان لفظيا أو جسديا أماديا اذا تسم التعبير عن وجهها لوجه أم بطريقة غير مباشرة مثل التقييم السلبي للأشخاص المعتدى عليهم من شخص آخر أو عقاب أدبي أو نقد للآخرين والبعض أطلق عليه عدوان insitutional اجتماعي أو مؤسسي ولكن يفضل استخدام عدوان غير مباشر .

الحاله المزاجيه للاستجابه :-  
Mode of Response

اهتمت اغلب التحديات للفروق الجنسية في السلوك العدواني بالمزاج المصاحب والسابق المتاح للاستجابة للحالات في مواقف خاصه ويقرر ( Buss ) أنه لاحظ ذلك في العدوان الجسدي وليس في اللفظي . واذا قرأ التراث السيكلوجي بعنايه في دراسات السلوك العدواني للأطفال وجد ان بدايه المسالك العدوانييه وظهرها ترجع الى المزاج العدواني أكثر من الواقع للعدوان مع الاولاد . ويظهر لديهم استعداد للعدوان الجسدي أكثر من البنات ويعزى ( باندورا ) ذلك بصفه

اساسه الى الفروق الاجتماعية في المسموحات لكل جنس من السلوكيات وعلى  
العكس من ذلك قرر ( ماكوبي ، وجاكلين Macoby & Jakl in  
١٩٧٤م ) ان ما يفره باندورا لا يدعم بالادلة .  
وان دراسات ( ماكوبي ، وجاكلين ) كانت على الراشدين فقط .  
تفضيل الاستجابة  
Response Preference

ليس هناك نظرية أو مدخل منهجي تتبع دراسته نمط الاستجابة المفضل  
للعدوانية أو لاثارة العدوان لدى الراشدين ، وتميل النساء مثلا الى العدوانية  
اللفظية والاجتماعية على الرغم من ان العديد من الدراسات اهتمت بذلك  
لدى الجنسين . ووجد كل من باندو وجونسون ( ان الرجال أكثر عدوانية  
من السيدات عند اثارتهم . ودرس ( هاريس Harris ١٩٧٤ ) رد الفعل  
لمجموعة من السيدات تتساوى مع مجموعة الرجال يقفون في طابور واحد في محاولة  
طلب واحد ( مثل شراء بعض الاحتياجات ) ووجد ان السلوك العدواني اللفظي  
يتساوى لدى المجموعتين ولكن السلوك العدواني اللفظي لدى الرجال أقوى  
منه لدى السيدات .

وفي دراسة ( هيدريك Hedrick ) ومن العديد من الدراسات السابقة  
يتضح ان النساء الفاضيات يميلن الى العدوان الجسدي ( الفيزيقي )  
أكثر من الرجال . ويكون أكثر عدوانا لفظيا من الرجال الفاضيين . ويرجع  
ذلك الى ان الغضب يولد لديهن الخوف والعدوان أكثر من الرجال ، وتقدم هنا  
أنماط الاستجابة لمحاولة للوصول الى تقييم أكثر دقة .

### العدوان المادي المباشر للحالات الفاضية :-

يوجد بعض الدراسات البسيطة التي أثبتت وجود فروق دالة بين الجنسين  
باستخدام الحالات الفاضية ، جابلين ( ١٩٧٣م ) .

سجلت فروقا بين الجنسين ومعظم الدراسات من هذه الفئة لم تتوصل الى فروق رغم استخدامها لمجموعه ضابطه غيرنمطيه . ولم يظهر منها فروق بين الرجال الغاضبين والسيدات الغاضبات -

### العدوان العادى المباشر للحالات غير الغاضبة

أظهرت الدراسات من هذا النوع ( ٩ دراسات ) وجود فروق أساسيه وأظهرت ( ٣ دراسات ) وجود تأثير للجنس في حاله واحده ( جنتري Gentry ١٩٧٢م والدليل على تفضيل الاستجابه أن ظهور الفروق الجنسيه تظهر في السلوك العدواني واضحه اذا قيسوا لوجهه . وفي دراسات ثلاث ظهر ذلك ودراسات بين لم يظهر فروق بين الجنسين .

العدوان اللفظي المباشر للحالات العدائيه .

أظهرت أقل من نصف الدراسات على العدوان اللفظي أو العدوان الرمزي الذي يستخدم الحالات الغاضبه أظهرت فروقا جنسيه وبعض الدراسات الأخرى بـل أغلبها رغم استخدامها لمجموعات ضابطه لم تظهر فروق .

### العدوان اللفظي المباشر للحالات غير الغاضبه :

يوجد دراسه واحده قام بها ( هاريس وساميروت ) لقياس العدوان اللفظي وآداء التعبير العدواني بين الحالات غير الغاضبه ووجد الرجال أكثر عدوانيه من السيدات على السلوك العدواني اللفظي .

العدوان اللفظي غير المباشر للحالات الغاضبه :

في الكثير من الدراسات ظهر أن الرجال أكثر عدوانيه من النساء رغم ان هذه

الدراسات لم تشمل العدوان الجسدى ( العادى ) ورغم أن هناك عديد من الدراسات لم تثبت أن الرجال أكثر عدوانية من النساء .

وبالإضافة الى ذلك يوجد ( ٥ دراسات ) للسلوك العدوانى أو العدائى لحالات أشيرت بالفشل أو الاحباط أو المشير الجنسى أو النعذجه للسلوك العدوانى أو الازدحام . أظهرت أربع دراسات منها أن الرجال أكثر عدوانية من النساء وأظهرت دراسة منهم عدم وجود فروق بين الجنسين باستخدام الاختبارات الاسقاطية واختبارات التقدير الذاتى - لمشاعر العدائيه . والدراسات التى سجلت فروق العدائيه أو العدوانيه العامه فروق تختلف فى وسيله القياس وطريقه الاشهاد والسيدات يميلن الى ازاحه العدوان .

هذه المجموعه من الدراسات لم تخص نوع محدد من السلوك العدائى أو العدوانى ولكن العدوان أو العداء بصفه عامه أى كسلوك افتراض واعتبارهما كسمة من سمات الشخصيه . ونفترض فى النهايه أن الافتراض الشائع دائما عن أسس الفروق الجنسيه فى السلوك العدوانى أن الرجال احيانا أكثر عدوانية ولكن ليس عاده أو دائما .

#### دور الجنس فى اتجاه العدوان

أظهرت أغلبيه الدراسات أن كلا من الرجال والنساء يتصرفوا بصفه عامه بتوجيه عدوانيه أقل تجاه النساء سواء الرجال أم النساء عنه تجاه الرجال وأن العدوان لدى النساء يولد مشاعر الذنب أكثر .

وعموما يرجع الاختلاف بين الجنسين ليس فى الدافع الى العدوان ولكن فى صورة التى يظهر عليها العدوان . ويشير العدوان قلق وخوف أكثر عند النساء وكما يرتبط بكل منهما وكذلك مشاعر الذنب . والعشير الذى يشير القلق ومشاعر الذنب لدهن يشير العدوان الجسدى لدى الرجال .

والدراسات السابقة على الراشدين من الجنسين ولكن تقدم هنا دراسات أخرى حول الاختلاف في صور السلوك العدواني بين البنين والبنات ومنها دراسة ( جـون آرڤير وكـسارن John Arver & Karin ) ١٩٨٢م) على اطفال في المرحلة الابتدائية ( ٦ - ١١ ) سنة . وتناولت الدراسة السلوك العدواني غير المباشر . وأظهرت عدم وجود فروق بين الجنسين عند عمر ( ٦ ) سنوات وأظهرت الدافع للعدوان عند كلا الجنسين في هذا السن وأجريت الدراسة داخل الفصول الدراسية . وأوضحت ان الاختلاف بين الجنسين في صور السلوك العدواني في عمر ١١ سنة وليس في الدافع للعدوان . والعدوان اللفظي لدى البنات أعلى منه عند البنين . والعدوان المباشر المادي عند البنين أعلى منه لدى البنات . والفروق دالة احصائيا . وعن اتجاه السلوك العدواني بين الجنسين فوجدوا ان السلوك العدواني في عمر ( ١١ ) سنة يتجه نحو نفس الجنس من البنين أو البنات . ولم يتجه للجنس المعاكس .

وفي دراسة لى عن السلوك العدواني لدى البنين والبنات من اطفال دور الرعاية الاجتماعية . متوسط عمر زمني ( ١٢ ) سنة . وتهدف الدراسة الى الكشف عن صور السلوك العدواني لدى البنات والبنين بدور الرعاية الاجتماعية من حيث الدرجة الكلية للعدوان أو العدوان المباشر والعدوان اللفظي وغير المباشر . والفروق بين الجنسين . وأظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسط درجات مجموعة البنين والبنات لصالح البنين في الدرجة الكلية للسلوك العدواني ويتفق مع دراسة ( هاتسو زوكا وآخرون Hatsuoka et al . ١٩٩١ . حيث تفوق البنين على البنات في العدائية الخارجية بطريقة غير واضحة ومتعددة ولا يظهر « سواءاً بالسلوك السيوكومتري أو الاسقاطي » .

وظهرت الفروق لصالح البنين في كل من العدوان المباشر المادي وغير المباشر

أى ان السلوك العدوانى بصورة الثلاث يتم التعبير عنه بطريقه مباشره جسديـه أو لفظيـه . وهذا يوضح كبت العدوان وعدم التعبير عنه بشـتى صورـه لدى البنات ( من أطفال دور الرعايه الاجتماعيه ) وعظـهر البنات بيد وأقل تعبيراً من الناحيه الانفعاليه ومسايره ( أكثر انسحاباً . وأيضاً هذه النتيجة توضح اتجاه العقابيه لدى البنين خارجياً وداخلياً . وهنا خطر يجب التنبيه اليه فـعـد سنوات قليله ينخرطوا فى المجتمع وتظهر الآثار السلبيه لهذه العقابيه من هذه الفئه نحو المجتمع ونحو انفسهم .

ومن الدراسات التى تناولت علاقـه السلوك العدوانى بالجنس ( دراسه مرزوق عبد الحميد مرزوق ١٩٩١٠ ) عن الفروق بين الاطفال فى ادراك العدوانيه وأظهرت الدراسه عدم وجود فروق فى ادراك السلوك العدوانى نظريـه لا اختلاف الجنس، ولكن توجد الفروق نتيجه لاختلاف العمر الزمنى .

ومن ثل ما سبق نستخلص ان الدافع للعدوان موجود ولكن الاختلاف يرجع لطريقه التعبير عنه . وفق مجموعه محددات أخرى مثل الموقف ، الحاله المزاجيه للفرد انتقاء الاستجابـه أو تفضيلها النواحي الهرمونيـه والبيولوجيـه تحتاج الى التدقيق أكثر ، والبحث عن اسباب العدوان والعنف . والمهم فى دراسـه العدوان معرفه اتجاهه للداخل لنفس الفرد أم للخارج من نفس الجنس أو من جنس مخالف . وهل العدوان يتجه الى مصدر الاثارة أو يتم ازاحـه للسلوك العدوانى ( وخصوصاً لدى السيدات والانات ) كما لوحظ سابقاً أن اتجاه العدوان نحو السيدات سواء من جانب الرجال ام السيدات يكون اقل حده عما يوجه فى اتجاه الرجال سواء من الرجال أو السيدات ولا يكتفى الجنس وحده فى تحديد تفوق أى صورـه من صور العدوان أو العقابيه العامه أو العدائيه .



ويلاحظ في العديد من الدراسات تفوق الجوانب السلبية في شخصية الطالبات عنه لدى الطلبة منها دراسة مشاعر الذنب وجدت الفروق بين الجنسين لصالح البنات بدرجة داله ومرتفعه ( آمال عبد السميع باظه ١٩٩٤٠ ) .

وفي دراسة أخرى ( ١٩٩٦ ) عن الوجدانات العوجيه والسالبه لطلاب وطالبات كليات التربيه وجدت فروق داله احصائياً لصالح الطالبات في كل من مقياس الحزن ومشاعر الذنب والعدائيه والخوف من السنه الاولى حتى الرابعه وخصوصاً مقياس الحزن والخوف ومشاعر الذنب وبذلك يتضح مدى ما يحتاج اليه الاناث من حمايه وتعديل وسائل الرعايه والتربيه الخاصه بالاناث .

## الآثار العلبية للعنف الذى تتعرض له الاناث والسيدات

شاع افتراض مؤاده أن الرجال دائماً أكثر عدوانية جسدياً وعنفاً عنه لدى السيدات والانات . وهو ما أثبتته العديد من الدراسات حول تفوق الرجال على السيدات فى التعبير عن العدوانية . ورغم أن الدافع للعدوان والعنف يشتمل صورته يوجد لدى الجنسين إلا أن التعبير عنه باختلاف الجنس . فالانات والسيدات لديهن القدرة بل وخاصيته كبت العدوان والتعبير عن الغضب بازاحتة الى صورته أخرى تعبر مرضيه وسلبيته وتتكون هذه الخاصية من قائمة المسموح وغير المسموح به من السلوكيات من وجهه نظر اجتماعيه والتفريق بين الأولاد والبنات بالاضافه الى الخوف الدائم عليهن من وقوع اعتداء أو اختطاف أو خلافه من حوادث العنف المعروفة تجاه الاناث والسيدات ومن مصادر العنف التى توجه لهن مصادر ذات علاقته قرابه مثل الزوج أو الأخ أو أحد افراد الأسرة ( الأم - الأب ) ولها آثارها السيئه على حياتهن المستقبلية . مجال العمل ومضايقاته ومن أفراد المجتمع ومن مصادر العنف تراكم حاله العدائيه لفترات طويله ابتداء من كبح الرغبه فى التعبير الانفعالي عن مطلب أو حاجه من الحاجات النفسيه اللازمه للتكيف مع المجتمع ومع الذات الى توجيه الاعتداء البدنى والعقاب الجسدى .

### ومن الآثار العلبية للعنف :-

■ انتشار الأمراض النفسجسيه ( السيكوسوماتيه ) مثل الصداق النفسى الذى تبلغ نسبة انتشاره بين السيدات والانات ضعف النسبه لدى الرجال . وتعتبر هذه الفئه من الأمراض ناتجه عن المعاناه النفسيه والضغط لفترات طويله كما يعتبرها البعض عداويه موجهه للذات .

■ أثبتت الكثير من الدراسات ان السيدات والانات أكثر شعوراً بالذنب ومعاناه للقلق والخوف والحزن مقارنة بالرجال وهذه المجموعه من الوجدانات السالبه تؤدى الى الاكتئاب الذى يكثر نسبته لدى السيدات والانات ويؤدى الى الانتحار فى اقصى صورته .

- الاساءه للأطفال وهذه صورته من صور اذاحه العدوان والعنف فبدلاً من الرد بالمثل على مصدر العنف والعدوان يتم توجيهه مقابل العنف والعدوان الى ضحيه أخرى وهي الأطفال ففي بحث جديد في أمريكا وجد أن السيدات أكثر اساءه في معاملته الأطفال من الرجال .
- الابتعاد عن الاسره الوالديه أو الزوجيه مثل المصروب أو الطلاق وما يترتب على ذلك من آثار سئيه لها ولأسرتيهما .
- انخفاض تقدير الذات وتكوين مفاهيم سلبيه عن امكانياتهن مما يؤدي الى انخفاض الدافعيه للعمل والتطوير والابتكار بالتعليم عن طريق القدره والمحاكاة النموذجيه يتكون لدى الاطفال هذه المفاهيم السلبيه عن الذات والمجتمع والمستقبل وخصوصاً الاناث منهم .

## مشاعر الذنب

يشعر الانسان عادة بضرورة مراجعة نفسه ومحاسبتها عما قامت به من سلوكيات أو عن أحاسيس ومشاعر ومعتقدات، ويصاحب هذه العملية آلام ومعاناة أو رضا وإرتياح كل حسب ما سبقه من عمل أو شعور أو بلغة التحليل النفسى مراقبة الأنا العليا لكل من الهو والأنا. ومهما كان الانسان على قدر من الاتزان الإنفعالى والسوية لابد من ارتكابه بعض الأخطاء أو شعوره بالخطأ ولوم الذات ومحاسبتها. وهذه تعتبر ظاهرة صحية إذا كان الشعور بالذنب أو الخطأ واقعى ويرتبط بالإتيان بأخطاء محددة نحو الذات أو الآخرين أو البيئة من حول الفرد. والشعور بالذنب ضرورة تهذيبية كى يقلع الفرد عن أخطائه ولكن لا يصل إلى حد الشعور بالذنب الوهمى الذى يعرقل تفكير الفرد ويضخم الأخطاء كما هى لدى مريض الاكتئاب فهى العامل الأساسى فى تشخيص الاكتئاب وهذا العامل هو المميز لمريض الاكتئاب عن بقية الاضطرابات الأخرى. توجد مشاعر الذنب الوهمية لدى بعض المرضى الذهانيين عن أخطاء لم يرتكبوها. فقد وجد (دارفيل وآخرون Darvill et al ١٩٩٢) ترابط بين الذهانية ومشاعر الذنب. والذهانية فى تلك الدراسة هى بعد من أبعاد الشخصية عند «أيزنك» وتظهر مشاعر الذنب العالية فى صورة عقابية مرتدة للذات واستخدم (فولدىس Foulds) لفظ العقابية الداخلية والخارجية. واعتبر العقابية الداخلية تتضمن لوم الذات والشعور بالذنب وعلى هذا الأساس أعد (فولدىس Foulds ، ١٩٥٧) مقياس للعنانية و اتجاهها (HDHQ) ، ورغم أن مشاعر الذنب من المتغيرات النفسية ذات الأهمية الخاصة للحالات المرضية والاضطرابات النفسية إلا أنها لم تلقى الاهتمام الكافى فى الدراسات النفسية حتى الآن وبالتحليل العاملى لاختبار القلق كسمة وجد عامل خاص لمشاعر الذنب (عبد الرقيب البعيرى. ١٩٨٢). ويعتبر الشعور بالذنب

ضمن العوامل الأساسية في اختبار «بيك» "Beck" للاكتئاب واختبار «هاملتون Homelton» وهما على الترتيب Inventory Hamelton Rating Scae for Depression Eeck Depression). كما تظهر مشاعر الذنب في صورة مرتدة للذات تدميرية كما عبر عنها (ستودت Studdt ، ١٩٨١) لدى المرضى السيکوسوماتيين وتم تناول مشاعر الذنب كمتغير سالب التأثير على الشخصية مع مجموعة من المتغيرات التي حددها (واطسن Watson ، ١٩٨٥) وأطلق عليها المؤثرات الانفعالية السالبة (NA) Negative Affective وهي الخوف والشعور بالذنب والعداية والحزن واعتبر هذه المؤثرات مسؤولة عن ظهور الاضطرابات والأمراض النفسية.

وإذا نظرنا لتلك المؤثرات وجدنا أن دور مشاعر الذنب مضاعفا فهو كعامل منفصل ثم ضميا في العداية حيث أن العداية الداخلية حسب اختبار (HDHQ) تشتمل على قسمين لوم الذات، الشعور بالذنب.

ومشاعر الذنب يتم تعلمها في مرحلة الطفولة من الآباء والأمهات والمشرفين على تربية الطفل وخصوصاً من الأمهات المكتئبات. ويرجع ذلك إلى ارتفاع درجة الشعور بالذنب لديهن كما في دراسته (زاهن ووكلر وكارولين Zahn, Waxler Carolyn. ١٩٨٩).

وترتبط مشاعر الذنب بالهجل كما في دراسة (فيهر وستامبس Fehr & Stamps ١٩٧٩) وما أن مشاعر الذنب تعتبر متغير من متغيرات دراسة

الشخصية وينظر لها كمؤشر من المؤشرات الدالة على السوية أو المرض. ويمكن تمثيل مستويات مشاعر الذنب بمثل بثلاث مستويات لمشاعر الذنب وما تؤدي إليه ارتفاعاً أو انخفاضاً.

|                                                                           |                                                                             |                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| مشاعر ذنب متخففة وتسدل على اللامبالاة وعدم الشعور بالمسئولية تجاه الآخرين | مشاعر ذنب طبيعية تنفضن الرعدة في الإصلاح وتؤدي إلى التكيف مع الذات والآخرين | مشاعر ذنب مرتفعة تصب في دودة تروم الخطأ وتصحبه مثل مرض الاكتئاب وتؤدي إلى الانسحاب وانخفاض تقدير الذات |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|

ويرى كل من (فريدمان وميورس Freedman & Mauric . ١٩٩١) أن مشاعر الذنب تتكون وتنمو لدى الفرد من علاقته بالآخرين وإدراكه للموقف المشير للذنب أو المشاعر المرتبطة به أو التوحد مع شخص يعاني من الشعور بالذنب.

### الشعور بالذنب Guilt Feeling

يعرف (احمد عزت راجح، ١٩٧٧) الشعور بالذنب أو وخز الضمير هو الألم الذي ينجم عن قيام الفرد بعمل لا يرضاه ضمير. وسواء كان هذا العمل خلقيا أو دينيا أو اجتماعيا شعور سوى ذو قيمة تهذيبية للفرد. تشير مشيرات محددة يعرفها الفرد ويدركها بوضوح كالتورط فى علم غير مشروع أو الاتيان بقول أو فعل خاطئ. غير أن هناك شعور بالذنب غير معروف المصدر هائم طليق كالقلق العصائى. وكثيرا ما يقترب بالقلق واستحقارها الذات أو الاستمزاز منها. فترى الفرد لا يعفر لماذا يشعر بالذنب وينتابه شعور غامض موصول بأنه مذنب آثم حتى إن لم يكن أذنب أو أتى شيئا يستحق عليه العقاب أو يلوم نفسه على أمور لا تستحق اللوم ويرى في أهون أخطائه ذنوبا لا تغتفر.

ويرى (صلاح مخيمر. ١٩٧٩) أن الشعور بالذنب هو قلق تجاه الأنا العليا. والدافع لهذا القلق هو الحاجة إلى البراءة والضمير الخلقى هو المرجع من حيث الشعور بالآثم أو تقدير الذات (البراءة).

وبعد الاطلاع على العديد من تعريفات الشعور بالذنب .

### نقدم التعريف الآتى :

الشعور بالذنب هو ألم نفسى داخلى يشعر به الفرد داخليا أى حوار داخلى بين الفرد وذاته وبلغة التحليل النفسى بين الأنا والأنا الأعلى على أنه مخطئ أو ارتكب ذنوبا وآثام. وأحيانا تكون هذه المشاعر وهمية مبالغ فيها لا ترتبط بخطئ واضح أو واقعى وينظر الفرد أحيانا إلى أخطائه وكأنها لا تغتفر وشوهم أن

المحيطين به بعلموها جيداً وتؤدي إلى تحقير الذات والاشمئزاز منها. وأحياناً أخرى يقل الشعور بالذنب لدرجة عدم المبالاة وتحمل المسؤولية. يرتبط الشعور بالذنب إما بأخطاء تتعلق بالمحيطين بالفرد أو نحو ذاته وحياته الخاصة.

ولا توجد دراسة عربية واحدة تناولت مشاعر الذنب لدى أى عينة من الأفراد سوى دراسة عن الخجل قام بها (حسين الدريسي، ١٩٨١) ووجد ارتباط بين الخجل ومشاعر الذنب واعتبر مشاعر الذنب من صفات الشخص الخجول.

وتناولت الدراسات والبحوث الأجنبية الشعور بالذنب فى ثلاثة اتجاهات :-

أولاً: دراسات تناولت مشاعر الذنب لدى فئات مرضية مثل :

- دراسة (فريدمان وكابلان Freedman & Daplan ١٩٨٢).

اللدان قاما بتسجيل مشاعر الذنب لدى الفصامين والمشاعر المتجهة نحو الآخرين ووجد أن مشاعر الذنب تقل لدى الفصامين عنه لدى الأسوياء مع عدم تغير المشاعر نحو الآخرين عنه لدى الأسوياء وهذه الدراسة لم تميز بين فئات مرضى الفصام.

- ودراسة (ذاهن ووكلر وكارولين Zahen, Waxler & Carolyn

١٩٩١) قاموا بمقارنة مشاعر الذنب لدى (٢٣) مريض عصاب قهري،

(٢٤) يعانون من القلق وتم تحديد مستوى التدخين للعنيتين. وأظهرت

النتيجة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات مرضى العصاب

القهري والقلق من حيث مستوى الشعور بالذنب لصالح حالات القلق. ويوجد

ترابط بين درجة التدخين العالية ومشاعر الذنب لدى مرضى العصاب

القهري. أى أن مرضى العصاب القهري ذوى درجة التدخين العالية هم الفئة

التي ظهر فيها مشاعر الذنب بدرجة مرتفعة عن بقية الفئات.

هذه الدراسة أظهرت أن مرضى القلق لديهم مشاعر ذنب مرتفعة.

ودراسة (دارفيل وتوماس وجوهنسون ورونالد ودانك جورج Darvill, Thomas, Johnson, Ronald, C. & Dank George ١٩٩٢). عن مشاعر الذنب وعلاقتها بكل من العصابية والذهانية والقلق الاجتماعي لدى (٩٦) طالب جامعي. وأظهرت الدراسة ارتباط موجب بين الذهانية ومشاعر الذنب ولا ترتبط العصابية بمشاعر الذنب. ويلاحظ أن هذه الدراسة تناولت العصابية والذهانية كبعدين على قائمة (أيزنك للشخصية) وليست كحالة مرضية.

ثانياً: دراسات تناولت مشاعر الذنب وعلاقتها ببعض المتغيرات في الشخصية :

- دراسة (بينو وماري ويرست وسيوسان Pinto, Mary, Priest & Susan ١٩٩١) عن العلاقة بين مشاعر الذنب لدى السيدات العاملات وكل من الغضب والسعادة تم تطبيق الاختبارات الخاصة على (٤٦) سيدة عاملة يتراوح العمر الزمني بين (٢٤-٤٨ سنة) ووجدوا ارتباط بين مشاعر الذنب العالية وكل من الغضب وعدم السعادة.

دراسة (بينو وماري ووروبيتز دان Pinto, Mary Worobetz & Dan ١٩٩٢) عن علاقة مشاعر الذنب بكل من تقدير الذات ووجهة الضبط لدى الأمهات العاملات وغير العاملات (٥٧) أم عاملة ومقارنتهن بأمهات غير عاملات ويتراوح العمر الزمني بين (٢٨-٥٩ سنة) أظهرت النتيجة وجود ارتباط سالب بين تقدير الذات وكل من الضبط الداخلي ومشاعر الذنب. ولم تظهر فروق بين العاملات وغير العاملات في المتغيرات الثلاثة.

وهذا البحث يوضح انخفاض تقدير الذات لدى مرتفعي مشاعر الذنب.

دراسة (بيبي وجاني وزجلير وأدوارد Bybee, Jane & Zigler Edward ١٩٩١) عن مشاعر الذنب لدى فئات من الأطفال في



علاقتها بصورة الذات. ووجد أن مشاعر الذنب تنتج من اضطراب العلاقة بين الذات الواقعية والذات المثالية.

وهذا يتشابه مع فكرة التحليل النفسي من نشأة مشاعر الذنب كقلق تجاه الأنا العليا من جانب الأنا.

- دراسة (واطسن ودافيد كلارك لي & Wastson, David, Clark, Lee ١٩٩٢) عن الوجدانات الإيجابية والسلبية في الشخصية. والوجدانات هنا هي مجموعة من الانفعالات ذات التأثير السلبي أو الإيجابي وتم تصميم مقاييس للمؤثرات السلبية وهي الخوف، الحزن، العدائية والشعور بالذنب وتم ترتيبها حسب وجودها مع كل الاضطرابات النفسية المعروفة.

وقد سبق توضيح أن الشعور بالذنب جزء من المداينة الداخلية (العقابية الداخلية) بتعبير كل من «روزنزويج» و«فولدرس». ويرتبط الحزن وعدم السعادة مع مشاعر الذنب للألم الناتج عن تلك المعاناة النفسية كما في دراسة (هنتو وماري ويرست وسيوسان. ١٩٩١).

ثالثاً: دراسات تناولت الكشف عن مشاعر الذنب وتقديرها:

- دراسة (مككسينا وكيسلير McKenna & Kessler ١٩٧٧) وهي دراسة مسحية من (١٩٧٣ إلى ١٩٧٧) عن الدراسات التي اهتمت بتناول مشاعر الذنب وقياسها فوجدوا (٣٣) دراسة منها ٢٧٪ اهتمت بمشاعر الذنب لدى الرجال، (٣٣٪) للنساء، (٢٧٪) للجنين معاً، (١٣٪) لم تهتم بأثر الجنس.

ويظهر من هذه الدراسة أن مشاعر الذنب لدى النساء أخذت اهتمام أكثر

فى علاقته مع الآخرين والظروف البيئية من حوله. وتخفى هذه الدراسة مشاعر الذنب اللاشعورية واعتمدت على أسلوب التخيل للكشف عنها. وأعزت الدراسة مشاعر الذنب اللاشعورية إلى الأفكار والاعتقادات الخاطئة مثل الأخطاء الدينية أو تدنيس الأماكن المقدسة أو ارتكاب أخطاء ذات طابع اجتماعى.

هذه الدراسة بالاضافة إلى دراسة (ذاهن ووكسلر وكارولين. ١٩٨٩) أكدت على تكوين مشاعر الذنب لدى الأطفال فى المراحل الأولى من حياتهم.

- دراسة (فريدمان وميوريس Freedman & Maurice. ١٩٩١)

عن مشاعر الذنب غير الظاهرة والموجودة فيما بين الشعور واللاشعور ولكن لا تظهر بصورة واضحة لدى الأفراد. ولكن يشعروا بالألم المصاحب لهذا الشعور ولكي تظهر هذه المشاعر وتصبح ظاهرة تمر بثلاث مراحل :

١- تحديد العملية المعرفية التى من خلالها تم تكوين مشاعر الذنب.

٢- يحدد الفرد الحامل للذنب الفرد الآخر المشترك معه فى موقف حدوث الذنب.

٣- يأخذ الفرد اتجاه نشط إجرائي نحو العالم الخارجى للتخلص من هذا الشعور بناءً على ما تم فى الخطوتين ١، ٢.

- دراسة (كيجليير وكارين وجومس وأرين Kugler, Karen, James & Warren. ١٩٩٢)

عن تحديد مفهوم الشعور بالذنب وتقديره وذلك بعد حصر (١٠٤١) دراسة تم تناول مشاعر الذنب فيها فى ثلاث اتجاهات رئيسية وهى :

١- اعداد قائمة لقياس مشاعر الذنب فى علاقته بالمعيار الأخلاقى.

٢- دراسة العلاقة بين مشاعر الذنب والحزى وغيرها من الانفعالات السالبة لكشف المزيد عن الشعور بالذنب كسمة وكمفعال سالب .

٥- مقارنة مقاييس الشعور بالذنب مع غيرها من مقاييس الشعور بأخرى والمعيار الأخلاقي.

- دراسة (برجى وتيموثى بيرى ناثان ورائس جارى فيشر, Bogy, Timothy, L. Perry Nathan, Rancy & Cary Fischeler, ١٩٩١) للكشف عن مشاعر الذنب الكامنة لدى مجموعة من مرتكب الجرائم (٤٠٠ فرد) من مدينة نيويورك. وتم عرض فيلم مسجل لهم عن مواقف لمشاعر الذنب لبعض فئات من مرتكبي الجرائم. وبعد تطبيق اختبار تكسلة الجمل سجل ٧٨٪ من الحالات مشاعر ذنب عالية. وبعد فترة سجلوا ٧٣٪ منهم مشاعر ذنب عالية أيضا.

#### اختبار مشاعر الذنب اعداد

- طلبت من طلاب وطالبات السنة الأولى بكلية التربية بكفر الشيخ (٥٥٠) طالب (٣٥٠) طالبة بكلية التربية بكفر الشيخ جميع الشعب كتابة وصف لمشاعر الذنب لدي الفرد. وعدم كتابة أسمائهم حتى يترك لهم حرية الوصف والتعبير. وتم تحديد درجة تكرار كل وصف من الأوصاف على هيئة بنود وتم حذف البنود التي لم تلقى تكرارا حتى وصل عدد عبارات الاختصار إلى (٨٥) بندا.

- تم عرض الاختصار في صورته الأولية على طلاب الدبلوم الخاص السنة الثانية بعد شرح معنى الشعور بالذنب لهم وتم استبعاد العبارات التي لم تلقى اختيار منهم بدرجة كافية، ووصل عدد البنود إلى (٧٣) بندا. والنود مصاغة بأسلوب التقرير الذات.

- تم عرض الاختصار على الزملاء والزميلات. قسم علم النفس من أعضاء هيئة التدريس لاعطاء آرائهم حول صياغة العبارات واختبار أفضلها قياسا لمشاعر الذنب وتم حذف بعض العبارات أو استبدالها ووصل عدد البنود إلى (٧) بندا.

- وتم وضع أربع مستويات للإجابة على الاختبارات (أبدا- أحيانا- بدرجة متوسطة- دائما) وتقابلها درجات (صفر، ١، ٢، ٣).
- تم عرض الاختبار على ٣ أساتذة صحة نفسية). وتم الاتفاق على أغلبية البنود وتم تعديل بعض الصياغة في البنود وحذف بعض البنود حتى وصل إلى ٦٤ بندا.
- تم تطبيق الاختبار على (١٠٠) طالب، (١٠٠) طالبة من السنة الأولى بكلية التربية بكفر الشيخ ومتوسط درجات الذكور (٤، ٧٥) والانحراف المعياري (٢٣، ١) والاناث (٣، ٨٥) وانحراف معياري (٤، ٢٤). وتم استخراج الدرجات المعيارية المعدلة المقابلة للدرجة الخام لدى عينة الطلاب والطالبات.
- وتم حساب ثبات الاختبار باعادة تطبيقه على عينة من طلاب كلية التربية كفر الشيخ السنة الأولى (٣٠) طالبا، (٣٠) طالبة بفواصل زمنية شهر ووصل معامل الثبات إلى (٠، ٧٥)، (٠، ٦٩) لدى عينة البنات والبنين على الترتيب.
- تم حساب صدق الاختبار بطريقتين :
- (١) بتطبيق الاختبار على مجموعة من مرضى الاكتئاب (٣١) حالة، (١٩) إناث، (١٢) ذكور من مستشفى الصحة النفسية بطنطا من العيادة الخارجية. وحصلوا على درجات عالية مقارنة بمتوسط درجات طلاب وطالبات الكلية في العينة السابقة فبلغ متوسط درجات مجموعة مرضى الاكتئاب من الذكور (١٢٨، ٤) ومتوسط درجات مجموعة مرضى الاكتئاب من الجنسين. وهذا يدل على صدق الاختبار حيث أن مرضى الاكتئاب أعلى شعورا بالذنب من أي مجموعة مرضية أخرى مثل دراسة ( فهنز وآخرون ) ١٩٧٢ ) ( وجرنكو وآخرون ١٩٦٢ ) ودراسة (بلومبرج وازارد Blumberg Izard ١٩٨٦ ) وأيضا في دليل تشخيص الأمراض النفسية والعقلية DSM.III تظهر مشاعر الذنب لدى الاكتئابيين بصورة حادة

- تم حساب الصدق التمييزي للاختبار بإيجاد دلالة الفروق بين متوسط درجات أعلى الحالات ومتوسط درجات أقل الحالات كما هو موضح بالجدول التالي رقم (١) لدى طلاب وطالبات السنة الأولى كلية التربية بكفر الشيخ.
- يقس اختبار مشاعر الذنب الشعور بالذنب لدى الفرد تجاه الآخرين وتجاه الذات وآثاره على العلاقة بين الفرد والمجتمع من حوله وآثاره أيضا على دافعيته للعمل وأمله في الحياة. ويتضمن وصفا للآثار النسبة والألم الناجم عن الشعور بالخطأ. وقد تصل مشاعر الذنب إلى درجة وهمية لارتبط بخطأ واقعى حقيقى ارتكبه الفرد. ويشمل أيضا مشاعر الذنب حول التقصير في العبادات والنواحي الدينية والخوف من العقاب في الآخرة ورغبة الفرد في التخلص من هذه المشاعر بتصحيح أخطائه.

#### جدول رقم (١)

دلالة الفروق بين متوسط درجات أعلى الحالات ومتوسط درجات أقل الحالات على اختبار مشاعر الذنب

| العينة     | المتوسط | الانحراف المعياري | قيمة «ت» | دالتها               |
|------------|---------|-------------------|----------|----------------------|
| بين        |         |                   |          |                      |
| الأعلى ٢٧٪ | ٩٢      | ١٣ر٢              | ٨ر٢      | دالة عند مستوى ٠.٠٠٥ |
| الأقل ٢٧٪  | ٥١      | ١١ر١٠             |          |                      |
| بنات       |         |                   |          |                      |
| الأعلى ٢٧٪ | ١١٦     | ١٥ر٨              | ٩ر٢      | دالة عند مستوى ٠.٠٠٥ |
| الأقل ٢٧٪  | ٥٩ر٧    | ١٢ر١٠             |          |                      |

- والفرق بين المجموعتين من كلا الجنسين دال كما هو موضح بالجدول (١).
- تم وضع مفتاح لتصحيح الاختبار ومستويات للدرجات الخام ومايقابلها من درجات معيارية معدلة ، كما هو موضح بالجدول التالي (٢)\*..

### جدول رقم (٣)

الدرجات الخام ومايقابلها من درجات معيارية معدلة لكلا الجنسين

| الدرجات          | منخفض جداً | متوسط   | مرتفع   | مرتفع جداً |
|------------------|------------|---------|---------|------------|
| الدرجة الخام     | صفر-٦٣     | ٦٤-١٢٧  | ١٢٨-١٥٩ | ١٦٠-١٩٢    |
| الدرجة المعيارية | صفر-٤١٢    | ٤١٦-٦٦٨ | ٦٧٢-٧٩٦ | ٨٠-٩٢٨     |
| المعدلة للأنثى   |            |         |         |            |
| الدرجة المعيارية | صفر-٤٥٢    | ٤٥٦-٧٠٨ | ٧١٢-٨٣٦ | ٨٤-٩٦٨     |
| المعدلة للذكور   |            |         |         |            |

## فقدان الشهية العصبي

تعتبر العلاقة بين الحالة النفسية والرغبة في الطعام أو العزوف عنه معروفة منذ زمن بعيد، كما اعتبر الغذاء والرغبة فيه وسيلة للتعبير عن التوتر الفرد واضطرابه أو سويته. وتم النظر إلى اضطرابات الأكل (Eating Disorders) ك فئة مستقلة من الإضطرابات في السبعينات من هذا القرن. ويوضع فقدان الشهية العصبي (Anorexia Nervosa) ضمن الأمراض السيكوبوماتية في دليل تشخيص الأمراض النفسية والعقلية الذي تصدره رابطة الأخصائيين النفسيين الأمريكية (DSM. III) وتزداد نسبة فقدان الشهية العصبي لدى الإناث والسيدات حيث أوضح (كيبورك هاس. Kurk Hass ، ١٩٧٩) أن نسبة انتشار فقدان الشهية العصبي بين الإناث تصل إلى أكثر من (١٠٪) من بين اضطرابات الأكل .

ووجد (برومبرج وآخرون Bromberg, et al ، ١٩٨٠) أن نسبة فقدان الشهية العصبي بين الإناث والسيدات تصل إلى (٩٥٪) من بين حالات اضطرابات الأكل ويعزى ذلك إلى تعرضهن للضغوط الإجتماعية والثقافية الخاصة بمعايير الجاذبية الجسدية التي تركز على النحافة. مما يسبب الخوف من زيادة الوزن ورغم أن العينة التي أجري عليها بحثه من ولاية شيكاغو الأمريكية إلا أنها تعكس ارتفاع نسبة حدوثها بين الإناث والسيدات .

ووجد (ألفورد وبوجل. Alford & Bogle ، ١٩٨٢) أن أعلى نسبة لحدوث فقدان الشهية العصبي بين الإناث في عمر زمني يتراوح بين (١٢ - ١٨ سنة) وتصل نسبة انتشاره إلى (١٨٪) مع ملاحظة أن ثلثي هذه النسبة يتحسن تلقائياً بعد مرور مرحلة البلوغ وبداية المراهقة وبذلك تصل النسبة إلى حوالي ٦٪ في مرحلة المراهقة ويؤكدان على عدم حدوثه قبل سن العاشرة ورغم ذلك وجد (أدريان ثورنهام) حالات في السابعة وتعانى من فقدان الشهية العصبي .

وهذه النسبة التي قدمها (ألفورد وبوجل) في بريطانيا وهي مجتمع غربي له معايير خاصة به من حيث الإعتقادات السائدة بين الفتيات عن معايير الجاذبية الجسدية .

وفي أمريكا وجد ( سيلفر ستين Silverstein ، ١٩٨٦ ) أن نسبة عالية من اهتمامات المرأة تركز على شكل الجسم ووزنه بتأثير وسائل الاعلام والمؤثرات .

الاجتماعية ومفهوم الجاذبية الجسدية يرتبط بالتحافة أكثر من البدانة ووجد أن حالات فقدان الشهية العصبى لديهن معايير ومستويات غير واقعية عن الجاذبية فى تكوين الجسم وتصل نسبة انتشار هذه الاضطرابات إلى (١٠٪) بين الإناث .  
- لى دراسة (أجراس. Agras ، ١٩٨٧) بجامعة نيويورك وجد حالات فقدان شهية عصبى دون العاشرة من العمر والاضطرابات أكثر شيوعاً فى عمر زمنى بين (١٢ - ١٨) سنة وتعزى النسبة العالية لفقدان الشهية العصبى بين الإناث إلى تأثير المخاوف التى تشبها وسائل الإعلام من زيادة الوزن وفقدان الجاذبية الجسدية بزيادة الوزن وتصل نسبة انتشار هذه الاضطرابات بين الإناث إلى (١٢٪) .

ويؤكد (أديان فورينهام. Furnham, A. ، ١٩٩٣) أن انتشار اضطرابات الأكل ازدادت بنسبة عالية فى العقدين الأخيرين ودلت بحوث فقدان الشهية العصبى بين الإناث فى عمر زمنى يتراوح بين (٧ - ٢٥) سنة على أن نسبة الانتشار بين الطالبات فى سنوات الدراسة تصل إلى (١٨ - ٢٠٪) مما يعرض حياتهن للخطر فيما بعد .

- ويلاحظ فى العرض السابق ما يلى :

أولاً: زيادة نسبة الانتشار حتى وصلت إلى (٢٠٪) بين الإناث .

ثانياً: حداثة العمر الزمنى لبدية الاضطراب .

ثالثاً: أعلى نسبة انتشار تقع بين طالبات المدارس والجامعات أثناء سنوات الدراسة .

رابعاً: لا توجد دراسات عربية أو مصرية توضح نسب انتشار فقدان الشهية العصبى بين الإناث .

ومن البحث فى التراث السيكولوجى الحديث وحدت. نموذجاً لنظرية ديناميكية يبحث عن أسباب الاضطراب بأسلوب يكمن فى خصائص شخصية المضطرب وهو نموذج (بيترسلاد، Slade, P. ، ١٩٨٢) ولقد أطلق على هذا النموذج «النموذج التحليلى الوظيفى» كاسم مستعار من العلوم الطبيعية وبعد إجراء العديد من الدراسات عن فقدان الشهية العصبى توصل (بيتر سلاد) إلى وجود بعدين سلوكيين أساسيين اعتبرهما السبب الرئيسى وراء حدوث الاضطراب وهما :  
الكمالية Perfectionism . وعدم الرضا العام.

وفى دراسة أخرى قام بها (سلاد وآخرون، ١٩٩١) توصل إلى وجود بعد ثالث هو الضبط والسيطرة وبذلك أصبحت الأبعاد السلوكية الثلاثة بمثابة الأسباب المسئولة عن الاضطراب وتعتبر أبعاداً سلوكية مميزة لشخصية ذوى اضطراب فقدان



الشبهة العصبى واستنتج ذلك من الآراء السابقة حول الأسباب ومن المقادلات الكليينكية المتعمقة التى أجراها مع الحالات العديدة من فاقدات الشبهة .

هناك نظرية أخرى قدمها (أدرينان فورينهام Furnham, A. تبث عن الأسباب من خلال اعتقادات وآراء الحالات المرضية والسوية ولذلك أطلق عليها النظرية الوضعية (Lay Theory) بالإضافة إلى استفادته من النظريات العلمية الخمسة التى تبث عن أسباب فقدان الشبهة العصبى بوجهات نظر مختلفة ومنها :

- ١ - النظرية الخاصة بنظام الأسرة : Family System Theory  
والتي اعتبرت أن الديناميات الأساسية المسببة عن الاضطرابات ترجع إلى الأسرة والعلاقات داخلها وأكدت أن أسر المضطربات تتميز بأهيات أكثر سيطرة وتحكماً ولاتناقش المشكلات الخاصة بالأبناء وخصوصاً الإناث .
- ٢ - النظرية الخاصة بالتوافق النفسى الإجتماعى المرضى :  
Theory of Maladaptive Psychosocial adjustment:

واعتمدت الخبرات الإنفعالية والعلاقات الإجتماعية فى الطفولة هى المسئول الأول عن هذا التوافق مثل النبذ والعداية من الراشدين . (كوسى وآخرون . Crespe, et al ١٩٨٢) .

- ٣ - النظرية الثقافية الإجتماعية : Socio - Cultural Theory  
وتعتمد على الأفكار السائدة فى المجتمعات عن المعايير والمقاييس الخاصة بشكل الجسم ووزنه وخصوصاً لدى الإناث والسيدات العاملات (كرسى وآخرون . Crespe, et al ١٩٨٢) .

- - نظرية الأنوثة : Feminist Theory  
وأعزى (أورباك . Orback ١٩٧٩) فقدان الشبهة العصبى لدى الإناث أو السيدات إلى محاولة المرأة المنافسة مع الرجل فى مجال العمل باستمرار وتعدد أدوارها الإجتماعية مما خلق نوعاً من الصراع النفسى لدى الإناث يظهر فى رفضهن الطعام أو إهماله (أدرينان فورينهام وآخرون . Furnham, A. et al ١٩٩٢) .

- - النظرية الفسيولوجية للمراهق : Physiology of Adolescent  
وتتضمن التغيرات الفسيولوجية لكل من الإناث والذكور ومايرتب عليها من صراعات نفسية فى هذه المرحلة يكون ناتجها رفض الطعام وخصوصاً لدى الإناث (كرسى وآخرون ١٩٨٢) .

هذه النظريات العلمية النفسية الخمسة قدمت فى مجموعها الجوانب المختلفة لأسباب فقدان الشبهة العصبى ولذلك قام (فورينهام) باستخلاص نظرية عن

الإعتقادات والآراء من وجهة نظر الحالات ووجد أنها تعكس كل هذه النظريات مجتمعة ولكن بأسلوب مختلف وتشمل نظرية (فورينهام) ثلاثة أقسام هي:

#### القسم الأول: الإعتقادات العامة : G. B

وتتضمن ٦ عوامل هي :

- ١ - العامل الأول وهو ما أسماه بالبداية (Onset) وهو خاص بالعمر الزمني الذي يبدأ فيه الإضطراب والحالة المزاجية والنفسية المصاحبه .
- ٢ - العامل الثاني؛ صورة الذات Self-image ويشرح فيه كيف يشعر ذوى فقدان الشهية نحو أنفسهم وأجسامهم .
- ٣ - العامل الثالث: الوصفى لفاقدى الشهية وبخاصة الطبقة الإجتماعية وتاريخ الإجباطات أو الفشل السابق المدرك فى الحياة والوزن قبل فقد الشهية .
- ٤ - العامل الرابع: ويعكس أسلوب التعامل مع الوالدين والعلاقة بهما .
- ٥ - العامل الخامس: يوضح أن خصائص شخصية فاقدى الشهية تتميز بالوساوس القهرية .
- ٦ - العامل السادس: ويعكس الإنكارالبرانوى وهو يعكس ميول فاقدى الشهية نحو إنكار الطعام والجوع ويعتبر بارنوى من حيث ضبط هذه العملية .

#### القسم الثانى: الإعتقادات عن الأسباب Beliefs About Causes:

ويشمل ستة عوامل هي :

- ١ - الأسرة والعلاقات بينها وتكوينها .
  - ٢ - الضبط الإجتماعى والنفسى .
  - ٣ - التغيير .
  - ٤ - التناقض .
- وينوده مشبعة بالتعامل مع الصراع الذى يعانیه فاقدات الشهية كنتيجة لمتطلبات المجتمع التقليدى لأدوار المرأة والتعارض بين أهداف مرحلة الرشد ومتطلباتها التقليدية .
- ٥ - ثورة أو عصيان.
  - ٦ - وتشمل عدم الرضا عن حياته، والتمرد على ما يحيط بالفرد .
  - ٧ - انعدام الطمأنينة .
- وهو نتيجة النبذ والعداونية فى العلاقات وعدم توفر العلاقات الودية .

### القسم الثالث: الاعتقادات حول إمكانية العلاج والتحسين :

#### Beliefs About Cure

ويشمل خمسة عوامل هي :

١ - الخضوع . Authoritarian

وهو إمكانية إخضاع الفرد للآراء والمبادئ مثل خضوعه لأوامر الطبيب المعالج .

٢ - قيمة الذات : Self. Worth

ويقصد به شعور الفرد بقيمته الشخصية .

٣ - معالجة المشكلة : Coping .

ويشمل كيفية التعامل مع المشاكل اليومية ويعتبر الضغط والتحكم في عملية الأكل هو الإستراتيجية الوحيدة لمواجهة هذه المشاكل .

٤ - العامل الفسيولوجي Physiological F

الإعتقاد في نجاح العلاج الهرموني طالما كانت عملية الوزن في زيادة .

٥ - مصادرة الصراع : Conflict Reconciliation

يشمل الاعتقادات حول إمكانية العلاج بالتخلص من الصراع ومصادرة مصادره .

وقد أكد كل من (ليفين وجفرى . Levin & Jeffery, ١٩٨٩) .

على ضرورة الإهتمام بالإلتجاه السيكودينامي في دراسة شخصية ذوات فقدان الشهية العصبي وأيضاً الإعتقاد لدى السويات مقارنة بثلث الفئة وذلك للبحث عن أسباب الإضطراب .

وأشار (فوريينهام، ١٩٩٣) إلى ضرورة دراسة الإلتجاهات والاعتقادات حول أسباب الإضطراب من وجهة نظر الحالات السوية كما أن الأبحاث في مجال الآراء والمعتقدات كجانب معرفي نادرة .

وأشار (ليدي فيليبس . Philips, L., ١٩٩٣) إلى ضرورة دراسة الأبعاد السلوكية والإلتجاهية للمراهقات نحو اضطراب فقدان الشهية العصبي. ووضع ذلك سابقاً في تكوين المعتقدات الخاطئة حول المعايير الصحية لوزن الجسم وتكوينه .

وتكمن خطورة فقدان الشهية العصبي بارتباطه مع مجموعة اضطرابات عصبية مختلفة مثل القلق والإكتئاب والوساوس القهرية مثل دراسة (أحمد عبد الخالق ومابسة النبال، ١٩٩٣) وأحياناً يتزامن ويتداخل تشخيص الحالات مع كل منهما .

- ١ - درجة رفض الطعام أعلى من حالات فقد الشهية Anorexia .
- ٢ - فقد الوزن بدرجة أعلى .
- ٣ - انقطاع الطمث أو احتباسه Amenorrhea وانخفاض ضغط الدم وبرودة الأطراف ويتميز عن مرضى الغدة النخامية بزيادة ملحوظة في درجة الطاقة . ويتحول إلى حالة مزمنة في (٥٠٪) من الحالات وتصل نسبة الوفاة إلى (١٥٪) من هذا الإضطراب .
- وضع (روسل. Russel، ١٩٧٩) عدة شروط لتشخيص فقدان الشهية العصبي ومنها :
- ١ - يحدد فقدان الشهية العصبي بنقص الوزن بنسبة (٢٥٪) من الوزن السابق .
- ٢ - ينتج فقدان الشهية من تقييد الفرد لذاته عن الطعام.
- ٣ - وجود اضطراب في اتجاهات واعتقادات الفرد نحو حجم الجسم ووزنه ووظيفة الطعام .
- ٤ - يحتبس الطمث وأحياناً يتوقف ويضطرب إفراز الهرمونات .
- ويرى (بيتر سلاذ، ١٩٩٠) أن فقدان الشهية العصبي هو اضطراب ثانوي للوصول إلى التكيف وكنتائج عام لمجموعة من المشاكل والخصائص السيكلولوجية المميزة لذوي فقدان الشهية العصبي.
- ولقد حددها (بيتر سلاذ) في نموذج المعروف المستخدم في البحث الحالي بنموذج التحليل الوظيفي ويقاس بقياسه (SCANS) بمقاييس الفرعية الثلاث .
- وردد فقدان الشهية العصبي في دليل تشخيص الأمراض النفسية والعقلية (DSM III) ضمن مجموعة اضطرابات الأكل نفسية المنشأ. أي ضمن الأمراض السيكوسوماتية .

#### الأبعاد السلوكية :

- الأبعاد السلوكية عند (بيتر سلاذ) في نموذج تعنى خصائص تميز حالات فقدان الشهية العصبي عن غيرهم وديناميكياً بمثابة الأسباب الكامنة وراء هذا الإضطراب وهي :
- أ - عدم الرضا العام بالحياة والذات وانخفاض تقدير الذات :
  - تنشأ حالة عدم الرضا العام بالحياة والذات من اتحاد عدد من العوامل ذات طبيعة تطورية وبيئية وهذه العوامل هي:
  - صراعات المراهقة حيث تلعب الدور الرئيسي لدى الغالبية العظمى من حالات فقدان الشهية العصبي منها صراع (الاستقلالية - الإعتمادية) .
  - العلاقات بين الشخصية وبخاصة مع الجنس المخالف .
  - الضغوط وخبرات الفشل في الأداء، أو الإختبارات أو الفشل في إقامة علاقات شخصية متميزة والفشل في إنجاز هدف محدد .
  - ويعتبر ذور الضغوط الإنجازية التحصيلية على قمة قائمة الأسباب المكثفة لفقدان الشهية العصبي .

#### ب - الميول الكمالية : *Perfectionism Tendencies*

وهي الرغبة في تبني مستويات عالية من الكمال وأحياناً تكون غير واقعية ويصعب تحقيقها. والفرد الكمالى السوى هو الذى ينظر إلى عمله ومجهوده بقدره الحقيقى ويشقى السعادة من الجهود والأعمال الصعبة ويميل إلى زيادة تقدير الذات أى أن شعوره بالسعادة يتناسب مع أدائه .

والفرد الكمالى العصابى هو الذى ينظر إلى مجهوداته وأعماله دائماً على أنها غير جيدة بالقدر الكافى على الرغم من جودة هذا الأداء. ويضع لنفسه مستويات غير واقعية ويجاهد من أجل تحقيقها. وهو غير قادر على الشعور بالرضا ويضخم الأخطاء واهتمامه بنقد الآباء والأمهات والشك فى قدرته على الأداء الجيد أو التصرف فى بعض المشكلات .

ج - الحاجة إلى الضبط الكامل لبعض مفاهيم مواقف الحياة والنجاح الكامل فى أحد المجالات :

الدمج بين مسببات عدم الرضا العام بالحياة والذات والميول الكمالية اقترح (سلاد) أن مثل هذه الخبرات الفردية تحتاج إلى الضبط المطلق لبعض مفاهيم الحياة الخاصة بهذه الحالات أو الوصول إلى النجاح الكامل فى أحد المجالات على الأقل. والمجال الوحيد الذى يمكن للفرد فيه ظهور عملية الضبط الذاتى والتحكم هو ضبط الوظائف الجسدية مثل ضبط ساعات النوم والطعام والدوافع الجنسية وأمام العجز عن ضبط الخارج فى مجالات أخرى لتعقد المتغيرات المرتبطة بها يلجأ الفرد إلى ضبط هذه الوظائف الجسدية والبيولوجية ومن أهمها عملية الأكل .

بعد الاطلاع على العديد من الأبحاث فى مجال اضطرابات الأكل وبخاصة فقدان الشهية العصبى لدى الإناث تم تصنيف تلك الدراسات

أولاً؛ دراسات خاصة بفقدان الشهية العصبى وعلاقته بمتغيرات أخرى.

\* دراسة (هيرزوج . Herzog ، ١٩٨٢)

أجرى مقابلة شخصية متعمقة لحوالى (٣٠) حالة تعاني من فقدان الشهية العصبى ووجد أن (٧٥٪) من بين هذه الحالات تعاني من الإكتئاب الأساسى (Major Depression)

\* دراسة (أحمد عبد الخالق ومايسة النبال، ١٩٩٣)

تناولت فقدان الشهية العصبى وعلاقته ببعض متغيرات الشخصية مثل

الإكتئاب والقلق والوساوس القهرية وأجريت الدراسة على طالبات الجامعة وتوصلت إلى وجود عامل عام لفقد الشهية العصبي والاضطرابات العصبية .

■ دراسة (سوزان ميتزان Susan, M, ١٩٩٤)

وجدت علاقة بين اضطرابات الأكل كما تقاس بمقياس (SCANS) المستخدم في البحث الحالي وأظهرت قدرة المقياس على تميز فئة فقدان الشهية العصبي عن السويات وأيضاً عن بقية الاضطرابات الأخرى .

ومن الدراسات السابقة والخلفية النظرية يتضح - ارتباط فقدان الشهية العصبي بكل من الخوف من السمنة وزيادة الوزن والقلق والتوتر والوساوس القهرية والكمالية والإكتئاب ومن الصعب الحسم أيهما يسبق في حدوثه الآخر أو أيهما السبب أو النتيجة .

ثانياً؛ دراسات خاصة بالموثرات الأسرية والحضارية والبيولوجية :

■ دراسة (بريانت وآخرون. Bryant et al, ١٩٩١).

وهي دراسة كينبكية لأربع حالات من الإناث الآسيويات اللاتي يقيمن في بريطانيا أى يعيشن في ثقافة مخالفة وهي الثقافة الغربية في عمر زمني يتراوح بين (١٣ - ١٤) سنة وأظهرت الدراسة أثر الصراعات الإجتماعية والثقافية في ظهور اضطرابات الأكل وخصوصاً فقدان الشهية العصبي. ولفتت الأنظار إلى أهمية دراسة فقدان الشهية العصبي لدى الأطفال من البداية قبل مرحلة البلوغ .

\* قام (سليج لي Lee, Sing, ١٩٩١) بدراستين في هذا المجال إحداهما عن فقدان لشهية العصبي لدى الإناث في الهند والصين، وذلك لتوضيح دور العادات والإتجاهات والإعتقادات لدى الأفراد نحو الطعام ونظام الأكل وشكل الجسم لإظهار أثرهم على ظهور فقدان الشهية لدى الإناث .

وتوصلت الدراسة إلى وجود اختلافات واضحة في هذه المتغيرات وكذلك أكد أنها تختلف من مجتمع لآخر. ودراسة أخرى أجراها على الإناث في عمر زمني من (١٦ - ١٨) سنة من الصين يعانون من فقدان الشهية العصبي وأظهرت الدراسة قصوراً في المفاهيم الخاصة بالغذاء وعلاقته بالأمراض المختلفة الأخرى. مثل علاقة زيادة الوزن بالكثير من الأمراض المزمنة الجلدية مثل حب الشباب بالإضافة إلى بعض الآراء والمعتقدات الخاطئة عن تكوين الشخصية وعلاقته بالجاذبية الجسدية من حيث تكوين شكل الجسم ووزنه .

وأعزى فقدان الوزن وضبطه إلى قصور في تكوين بعض المفاهيم المميزة لشخصياتهن. وأيضاً القصور في معتقداتهن حول إمكانية العلاج والتحسين .

\* دراسة (ماريا راستام وآخرون Rastam, Maria. et al, ١٩٩١) عن الأسرة في حالات فقدان الشهية العصبي وقت المقارنة بين مجموعة من مريضات (٥١) بفقدان الشهية العصبي ، (٥١) غير مريضة بمتوسط عمر زمني (١٦ر٢) سنة ولم تصل إلى تكوين أسرى خاص بأسر مريضات فقدان الشهية العصبي ولكن وجد أن أسر مريضات فقدان الشهية العصبي بها مشكلات نفسية بارزة بين أفرادها وبعض الحالات تعاني الأم من الإكتئاب البارز (MD) .

■ دراسة (كاثلين بايك وآخرون Pike, Kathleen. et al, ١٩٩١):

عن دور الأم من حيث اتجاهاتها وسلوكها تجاه اضطراب الأكل لدى بناتهن المراهقات وقت المقارنة بين الأمهات اللاتي تعاني بناتهن من اضطراب فقدان الشهية العصبي مع أمهات تعاني بناتهن من اضطرابات أكل أخرى وأكدت الدراسة أن هناك اختلال في تكوين اتجاهات ومعتقدات الأمهات تجاه نوعية الأكل ونظامه في حالات فقدان الشهية العصبي .

\* دراسة (دافيد جيمرسون وآخرون D., et al, ١٩٩١, Jemerson) عن دور السيروتونين في حدوث اضطرابات الأكل وتوصلت الدراسة إلى أن بداية حدوث فقدان الشهية العصبي (AN) معقد ويرجع إلى عدم الإنتظام في الجهاز العصبي الناقل ويرهن على أن النقص في السيروتونين يساهم في حدث اضطرابات الأكل .

\* دراسة (رولاند نيل, Nell Rowland , ١٩٩١) : عن دور العوامل البيولوجية في حدوث فقدان الشهية العصبي. وقام بمراجعة العمليات السيكرولوجية الكامنة وراء تخزين الطعام كما هو في الشره للطعام العصبي (Bulimia nervosa) أو كما هو في حالات فقدان الشهية العصبي (AN) ودور الهيبوثلامس في عملية التمثيل الغذائي فجانبى الهيبوثلامس ربما يكونان غير متعادلين من حيث الوظيفة في علاقتهما بالتمثيل الغذائي .

ثالثاً : دراسات خاصة ببعض متغيرات الشخصية لدى حالات فقدان الشهية الصبي

\* دراسة (بيتر سلاو وآخرون. Slade. P. et al. ١٩٩٠). عن الفروق بين ثلاث مجموعات (٣٩) حالة تعاني من فقدان لشهية العصبي من طالبات الجامعة، (٣٥) حالة تعاني من الشره الطعام مع تاريخ سابق لفقدان الشهية العصبي، (٣٢) حالة بدون تاريخ سابق لفقدان الشهية العصبي.

وأسفرت نتائجها إلى عدم وجود فروق بين المجموعات الثلاث على مقياس (SCANS) بمقاييسه الفرعية الثلاث وهذا يوضح مدى الترابط بين فقدان الشهية العصبي والشره للطعام في المقاييس الفرعية الثلاثة لهذا المقياس .

\*دراسة (فيليبس ليدلى وآخرون ١٩٩٣، Leadelle, Philips.et al) عن الأبعاد السلوكية والمعرفية لدى المراهقات ذوات فقدان الشهية العصبي والسويات وطبق قائمة اضطرابات الأكل (EDI) Eating Disorders Inventory على عينة غير مرضية (١٢٢) من الإناث في عمر زمني يتراوح بين (١٢ - ١٨) سنة ووجد أن (٣٠٪) من الحالات في مستوى الوزن غير الطبيعي، (٤٪) من الحالات في حالة مرضية خطيرة نتيجة للنقص الزائد في الوزن. وأظهرت الدراسة عوامل خاصة بشخصية ذوات فقدان الشهية العصبي مثل المعاناة من الضغوط النفسية، وكيفية التحكم في نوبات الغضب والشعور بالأمن النفسى وصورة الجسد والخوف الزائد من السمنة ليحصلن على الجاذبية الجسدية والإجتماعية في المحيطين بهن ووضع مستويات غير واقعية يصعب تحقيقها وبمثل ذلك عامل الكمالية العصبية (NP) هذا العامل الأخير له مقياس فرعى من مقياس (SCANS)

#### (١) مقياس سلوكيات فقدان لشهية العصبي :

Setting Condition of Anorexia Nervosa: -

تأليف (بيتر سلا دديوى، Slade, P & Dewey، ١٩٩١) \*

شمل هذا المقياس في صورته الأولى (١٩٨٦) مقياسين فرعيين هما الميول الكمالية وعدم الرضا العام وبعد العديد من الدراسات تمكن (بيتر سلا دديوى، ١٩٩١) من استخراج مقياس آخر وهو الضبط والتحكم في سلوكيات الفرد وبذلك أصبح المقياس مشتملاً على ثلاثة مقاييس فرعية وهي :

مقياس الميول الكمالية، عدم الرضا العام بالحياة والذات وانخفاض تقدير الذات، الحاجة إلى الضبط الكامل لبعض مفاهيم ومواقف الحياة . ويشتمل المقياس على (٢٢) بنداً من بينهم (٨) بنود لمقياس الكمالية، (٨) لمقياس عدم الرضا العام، (٦) لمقياس الضبط والسيطرة .

وقدمه (بيتر سلا دديوى، ١٩٩١) بعد المقابلات الكلينيكية المتعمقة لحوالى (١٢٧٠) حالة على مدار سنوات طويلة، كما قدم نموذج المعرف بالتحليل الوظيفي. ويتميز هذا المقياس بقياسه للخصائص السلوكية الديناميكية للشخصية واعتبارها بمثابة أسباب للإضطراب .



### إعداد المقياس وتقنيته :

تعريب المقياس بأسلوب مبسط يصلح للمجتمع المصرى وتم تطبيقه على طالبات السنة الأولى بكلية التربية بكفر الشيخ فى الفصل الدراسى الأول يصل عددهن إلى (٦٨٢) طالبة بمتوسط عمر زمنى (١٧ر٦٧) سنة وتم استخراج المتوسطات والانحرافات المعيارية لكل من الدرجة الكلية للمقياس والمقاييس الفرعية الثلاثة :

### جدول رقم (١)

المتوسطات والانحرافات المعيارية لطالبات السنة الأولى بكلية التربية على مقياس (SCANS)

|                                                                              |      |       |       |       |      |
|------------------------------------------------------------------------------|------|-------|-------|-------|------|
| ن=٦٨٢ الدرجة الكلية الميول الكمالية عدم الرضا العام الحاجة للضبط العمرالزمنى |      |       |       |       |      |
| م                                                                            | ٦٧ر٨ | ٢٨ر٨٤ | ١٩ر٥٦ | ١٩ر٣٦ | ١٧ر٣ |
| ع                                                                            | ١٦ر٥ | ٧ر٨   | ٤ر٧   | ٤ر٥   | ٣ر٢  |

\* وتم حساب ثبات المقياس كالتالى :

- (أ) بإعادة تطبيقه بعد شهر على مجموعة من الطالبات (١١٠) طالبة من السنة الأولى بكلية التربية بكفر الشيخ ووجد أن معامل الثبات للدرجة الكلية (٨٥ر) ولمقياس الميول الكمالية (٧٨ر) ولمقياس الحاجة للضبط (٧٥ر) ولمقياس عدم الرضا العام (٨٢ر) .
- (ب) بالإتساق الداخلى للمقياس بإيجاد معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية والمقاييس الفرعية الثلاث كما هو موضح بالجدول رقم (٢) .

**جدول رقم (٢)**  
**معاملات الارتباط بين مكونات مقياس (SCANS)**

| الدرجة الكلية   | الميل الكمالية | عدم الرضا العام | الحاجة للضبط |
|-----------------|----------------|-----------------|--------------|
| -               | -              | -               | -            |
| الدرجة الكلية   | ٨٢ر            | ٨٧ر             | ٦٧ر          |
| الميل الكمالية  | -              | -               | -            |
| عدم الرضا العام | ٧٥ر            | -               | -            |
| الحاجة للضبط    | ٦٨ر            | ٩٠ر             | -            |

**- الصدق :**

تم حساب الصدق للمقياس باستخدام مقياس آخر وهو قائمة كورنيل للشخصية وتم استخراج معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية على قائمة كورنيل للشخصية والدرجة الكلية على هذا المقياس. ومعاملات الارتباط بينها موجبة ودالة عند مستوى (٠.١) كما هو موضح بالجدول رقم (٣) .

**جدول رقم (٣)**

**معاملات الارتباط بين مقياس SCANS ومقاييسه الفرعية الثلاث والدرجة الكلية على قائمة كورنيل للشخصية**

| ن=١١         | الدرجة الكلية | عدم الرضا العام | الميل الكمالية | الحاجة للضبط |
|--------------|---------------|-----------------|----------------|--------------|
| قائمة كورنيل | ٦٩٦ر          | ٧٢ر             | ٦٨ر            | ٦٩ر          |
| للشخصية      |               |                 |                |              |

**(٢) مقياس الاعتقادات العامة لفقدان الشهية العصبي :**

**Beliefs About Anorexia Nervosa Scale (BANS)**

تأليف (أوربان فورينهام A Furnham)

وقدمه (فورينهام) بناء على نظريته الوضعية في فقدان الشهية العصبي ويشتمل هذا المقياس على (١٠٥) بنداً موزعة على (٣) أقسام رئيسية أى يشتمل كل قسم على (٣٥) بنداً .

#### القسم الأول:

الإعتقادات العامة حول خصائص شخصية ذوات فقدان الشهية العصبي ويتضمن (٦) عوامل تم شرحها في الخلفية النظرية لهذا البحث  
القسم الثاني:  
الإعتقادات في الأسباب المسئلة عن هذا الإضطراب ويتضمن (٤) عوامل.

#### القسم الثالث : (٣٥) بنداً .

الإعتقادات في إمكانية العلاج والتحسن (٣٥) بنداً .  
ووضع هذا المقياس (أدريان فورينهام، ١٩٩١) بتحليله لخمس نظريات علمية عن أسباب فقدان الشهية العصبي كل منها تقدم وجهة نظر مختلفة عن الأخرى بالإضافة إلى المقابلات الكلينيكية للعديد من الحالات ويتميز هذا الاستبيان بقياسه لآراء واعتقادات الحالات السرية والحالات المضطربة. أي يقيس البعد المعرفي والإتجاهي نحو هذا الإضطراب ثم تعريب هذا المقياس ثم إعداده وتقنيته على طالبات السنة الأولى بكلية التربية بكفر الشيخ ١٩٩٠ طالبة بمتوسط عمر زمني (١٧.٣٥) سنة وتم استخراج المتوسطات والانحرافات المعيارية للأقسام الثلاثة للمقياس كما هو موضح بالجدول رقم (٤) .

#### جدول رقم (٤)

المتوسطات والانحرافات المعيارية لدى طالبات السنة الأولى  
بكلية التربية بكفر الشيخ على مقياس (BANS)

| ن.١٩- طالبة | القسم الأول | القسم الثاني | القسم الثالث |
|-------------|-------------|--------------|--------------|
| م           | ١٣٢.٣٦      | ١٤١.٨        | ١٦٠.٢٢       |
| ع           | ٢٢.٧        | ٢٥.١         | ٢٦.٣٥        |

#### التهات :

- تم حساب ثبات المقياس كالتالي :
- (١) بإعادة تطبيقه بعد شهر على مجموعة (٨٠) طالبة من السنة الأولى شعبة رياض أطفال ومعاملات الثبات للأقسام الثلاثة بالترتيب هي: (٨٥ر)، (٨٧ر)، (٨١ر) .
- (٢) حساب الإتساق الداخلي للمقياس وذلك بإيجاد معاملات الإرتباط بين الأقسام الثلاثة الفرعية للمقياس وذلك موضح بجدول رقم (٥) .

جدول رقم (٥)  
معاملات الارتباط بين المقاييس الفرعية الثلاث لمقياس (BANS)

| القسم الأول | القسم الثاني | القسم الثالث |
|-------------|--------------|--------------|
| -           | -            | -            |
| ٧٩ر         | -            | -            |
| ٨٢ر         | ٧١ر          | -            |

وجميعها معاملات ارتباط دالة عند مستوى ٠.١ وتوضح مدى ما يتميز به المقياس من اتساق وترابط بين مقاييسه الفرعية الثلاث .  
وتم حساب الصدق للمقياس بحساب الفروق بين متوسطات أعلى وأقل الدرجات على المقاييس الفرعية الثلاث (أى بطريقة المقارنة الطرفية) كما هو موضح فى جدول (٦) .

جدول رقم (٦)  
الفروق بين متوسطات أعلى الدرجات من الطالبات (٤٥ طالبة)  
وأقل الدرجات على مقياس (BSNS) بمقاييسه الفرعية الثلاثة

| القسم الأول  |       |      | القسم الثاني |      |         | القسم الثالث |        |   |
|--------------|-------|------|--------------|------|---------|--------------|--------|---|
| م            | ع     | ت    | م            | ع    | ت       | م            | ع      | ت |
| أعلى الدرجات | ١٤١ر٢ | ٢٤ر١ | ١٥٢ر٧        | ٢٦ر٢ | ١٧٠ر٣   | ٢٧ر١         | ٢٤ر٥** |   |
| ن=٤٥         |       |      | ٢٢ر٩٥**      |      | ٢٢ر٢٢** |              |        |   |
| أقل الدرجات  | ١ر٢٧  | ٢١ر٥ | ١٢ر٦         | ٢٢   | ١٤١ر١   | ٢٤ر٢         |        |   |
| ن=٤٥         |       |      |              |      |         |              |        |   |

\*\* دالة عند مستوى ٠.٠٥ لصالح أعلى الدرجات .

## نموذج بيتر سلايد، التذليل الوظيفي لفقدان الشهية العصبي

أقدم هنا إطاراً ملخصاً للتصور الذي وضعه (بيتر سلايد Peter Slade) المنشق من ملاحظاته الكلينيكية ونتائج أبحاثه ثم الدمج بينهما ومحاولة تحليلهم وظيفياً، والنموذج يوضح خطوات للتطوير في موضوع فقدان الشهية العصبي في اصطلاحات وضعت على هيئة افتراضية للعوامل المحدثة والمتغيرات ومع استمرارها في وجود العزلات السالبة والموجبة. بخاصة افتراض أن السلوك الإطعمي الأولى ناتج من المثير النفسى الإحتمائى اللاشعورى وفى سياق الشروط والحالات الثابتة البارزة يزيد الاستعداد نحو ضبط الذات والضبط الجسدى بالذات وبالتالي إلى أسلوب الأكل غير الناحع والذي يؤدي إلى إزدباد تأثره بعواقبه والتي تؤدي ببطئ إلى فقدان الشهية العصبي ، فى هذا النموذج يعتبر فقد الشهية محاولة استراتيجيية تكيفية وتأخذ قيمة وظيفية للفرد .

وتم وصف الشروط الثابتة المسنولة فى حياة الأفراد الحالية ومواقف الحياة بالمثل تم وضع نموذج لحدوث الشره العصبي للطعام. ونوضح هنا النموذج الخاص بفقدان الشهية العصبي وبه وصف لكل الشروط الثابتة والعوامل والضغط البيئية والبيولوجية المسبة لفقد الشهية ومساها فى صورة تخطيطية مع تقديم الخلفية النظرية والعلاجية المناسبة .

### فقدان الشهية العصبي Anorexia Nervosa

يعنى فقد الشهية من أصل عصبي وعموماً يعرف بأنه اضطراب سيكوسوماتي للأسباب الآتية :

- الغالبية من مرضى فقدان الشهية لم يفقدوا الشهية بسبب مرضى ولكن لغيره سلوكية ضاغطة وتم الحصول على الكثير من الخبرات المؤيدة لذلك .
- يحمل الاصطلاح انطباعاً أن مخزون الطعام منخفض ويتبعه انخفاض فى الوزن كنتيجة لانخفاض الشهية .
- تقدم الملاحظة الكلينيكية اقتراحاً أنه من المحتمل تكوين مفاهيم خاطئة عن عادات الأكل والوزن مما يجعلهم يغيروا من الطبيعة الغرضية للسلوك الغذائى .

ويعطى الاصطلاح انطباعاً عاماً أن هذه الحالة تم تصنيفها ضمن فئة اضطرابات الأكل بالإضافة إلى ارتباطها مع مشاكل سيولوجية مختلفة .

والهدف الرئيسى من هذه المقالة هو توضيح الأطر الخاصة بالنموذج الوظيفى لفقدان الشهية ويتضح من هذا النموذج أن مشكلة الأكل ليست اضطراباً أولياً ولكن اضطراباً ثانوياً للوصول إلى التكيف وكناتج لمجموعة عامة من المشاكل السيكلولوجية .

ويوجد حديثاً مجموعة من المعايير الإجرائية التشخيصية ومنها سن حدوث فقد الشهية العصبى. ويحدث فى مرحلة المراهقة. ويحدد فقدان الشهية بنقص الوزن بنسبة (٢٥٪) من الوزن السابق. وتم وضع ستة معايير للحكم على الاضطراب. وتحدد بوجود مظهرين على الأقل من المظاهر الستة .

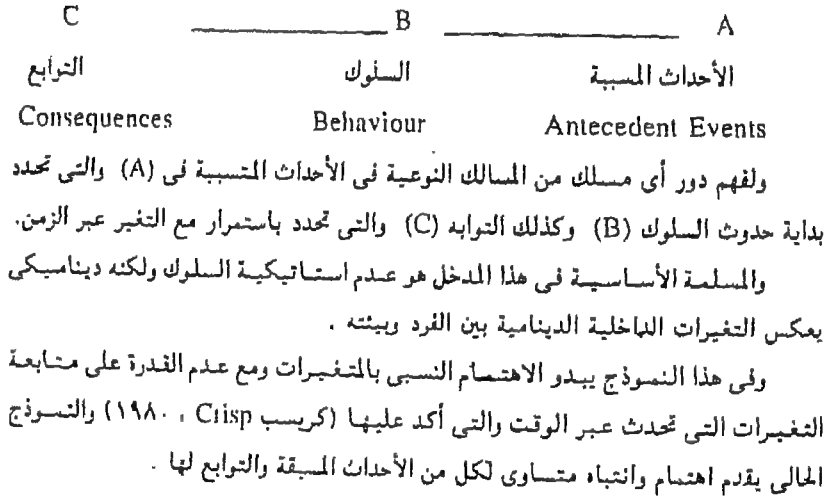
ولقد وضع (روسيل ١٩٧٠ Russel) التشخيص التالى:

- ١ - ينتج فقد الشهية كنتيجة لتقييد الفرد لذاته عن الطعام (Self - imposed) .
  - ٢ - يحتبس الطمث لدى الإناث وأحياناً تتوقف الدورة الشهرية ويضطرب إفراز الهرمونات مع الغدد اللاقنوية للذكور .
  - ٣ - وجود اضطراب نوعى فى اتجاهات المريض نحو حجم الجسم وشكله ووزنه ووظيفة الطعام .
- وافترض (روسيل ، ١٩٧٩) وجود فئة منفصلة أطلق عليها الشره العصبى (Bulimia Nervosa) ووضع لها ثلاثة معايير لتحديد كفتة مستقلة :
- ١ - دافع قوى لاقاوم لزيادة الإطعام متعاقب مع مشاعر الجوع الشديد .
  - ٢ - المحاولة لتجنب الزيادة فى الوزن بالحث الذاتى على القيئ أو الاستخدام المزمّن للمسهلات .
  - ٣ - الخوف الشديد من الاستمرار فى زيادة الوزن نظراً للدفاع القوى للأكل، ويجمع المعلومات من مرضى فقد الشهية العصبى (٣٠) حالة لم يظهر معيار أساسى تميز مرضى فقد الشهية العصبى لدى (٢٠٪) من بينهم بينما لم يظهر أيضاً (٦٧٪) احتباس للدورة الشهرية وبذلك تظهر النتائج التى توصل لها «روسيل» أن فئة الشره العصبى لاتعتبر منفصلة حيث أظهرت الحالات ذات الشره العصبى (٥٧٪) منهم تاريخ سابق لفقدان الشهية، (٢٠٪) ليس لهم تاريخ سابق من فقد الشهية والباقى لديهم مشكلات وأسرار فى تاريخهم الماضى لم يظهروها .

وفى النموذج الحالى (نموذج بيترسلاد) اصطلح على تناول الصيغة الحرفية والتحليل الوظيفى لكل فئة منفصلة .

**الصيغة الحرفية للتحليل الوظيفى: The functional analysis Paradigm**  
اصطلاح التحليل الوظيفى مستعار من العلوم الفيزيقية والبيولوجية. واستخدم لوصف الشكل والعلاقة الرياضية بين المتغيرات وتحديدتها، وتحديد القيمة الوظيفية لأى متغير من خلال النظام البيولوجى. وفى مجال التحليل السلوكى التطبيقى استخدم هذا الاصطلاح كثيراً فى وصف العلاقات الوظيفية الوجدانية والسلوكية والقيمة الوظيفية لأى جزء من السلوك للعضو .

وكتخطيط عام للتحليل الوظيفى ينظر إلى السلوك الحالى كوظيفة لمجموعتين من المتغيرات تسمى الأحداث المسببة Antecedent events والتي تشتمل على الحالات أو التشريطات الثابتة والمثيرات المتميزة. والناتج (التوابع) Consequences وتشتمل على طبيعة التدعيم وتاريخ التدعيم ونموذج التدعيم والتخطيط كالتالى :



**النموذج : The Model**  
يحتوى النموذج على الخطوط الرئيسية لتطور فقدان الشهية العصبى وبالأخص الحالات الثابتة الضرورية التى تسبب الإضطراب فى نمط التغذية الأولية وفقد الوزن وهى فى

الغالب مثيرات نفسية اجتماعية وإذا تم التحكم وضبط السلوك الغذائي ونجح الفرد في ذلك وشعر بالنجاح لكونه قادر على عملية الانضباط وشعر أيضاً بالرضا وسلبياً من خلال الخوف من زيادة الوزن ومجنب مشكلات أخرى. والتعزيزات السالبة أو الموجبة تحدث من ضبط التغذية والوزن بطريقة كافية وقوية للتأكيد على تأثير السلوك وإذا كانت زائدة سوف تؤدي إلى طريقة تغذية شاذة. ومع التتابع تزداد عملية التحفيز لكلا النمطين الموجب والسالب. ويقترح هذا النموذج أن توابع التغذية للأفراد في شكل سواء الموجب أو السالب للتغذية الرجعية والتي تؤدي ببطء إلى النقل من السلوك في الشكل الأولى للإطعام إلى الدورة الباثولوجية لاضطراب الأكل.

ونقدم هنا شرحاً تفصيلياً لكل مفاهيم النموذج :

أولاً : الأحداث العصبية :

التغيرات المسببة لتطور فقدان الشهية العصبية افترضت في نمطين في هذا النموذج (الحالات الثابتة) والمثير النفسي الاجتماعي النوعي والحالات الثابتة تتضمن بعدين أساسيين هما عدم الرضا العام بالحياة والذات والتقدير الذاتي المنخفض والميول والكمالية .  
أ - عدم الرضا العام بالحياة والذات وانخفاض تقدير الذات :  
وحالة عدم الرضا العام بالحياة والذات تنشأ من اتحاد عدد من العوامل ذات طبيعة تطورية وبيئية. وتنشأ من عوامل ثلاث وهي:

\* تلعب صراعات المراهقة الدور الرئيسي للغالبية العظمى من المراهقات اللاتي يعانين من فقدان الشهية العصبية بعد البلوغ ودور صراعات المراهقة أخذت الاهتمام وتم مناقشتها في الكثير من الأبحاث السيكولوجية أمثال (بروش Bruch، ١٩٧٤)، (كريب Crisp، ١٩٨٠).

وصراع (الاستقلالية - الاعتمادية) أهم صراعات المراهقة حيث الانتقال من الاعتمادية الكاملة في الطفولة إلى الاستقلالية. وربما تمر هذه المشكلة بسلام لدى غالبية المراهقين والمراهقات. ولكن إذا اقترنت بمشاكل خاصة بالأسرة وبنيتها وعلاقاتها مثل المشاكل الزوجية للآباء .

وسجل كثير من الباحثين إزدیاد صراع (الاستقلالية - الاعتمادية) بين المراهقين وأسرهم إذا كان هناك اضطراب في تكوين الأسرة أمثال . (كالبوس وآخرون Kallucy et al، ١٩٧٧)، (مينوكن وآخرون Minachin et al، ١٩٧٨) وافترضوا أن



صراع الاستقلالية - الاعتمادية الأكثر شيوعاً بين المراهقين وبالأخص المراهقات فاقدات الشهية وتعتبر بمثابة الشرط الثابت المؤسس لعدم الرضا العام بالحياة أو الذات .

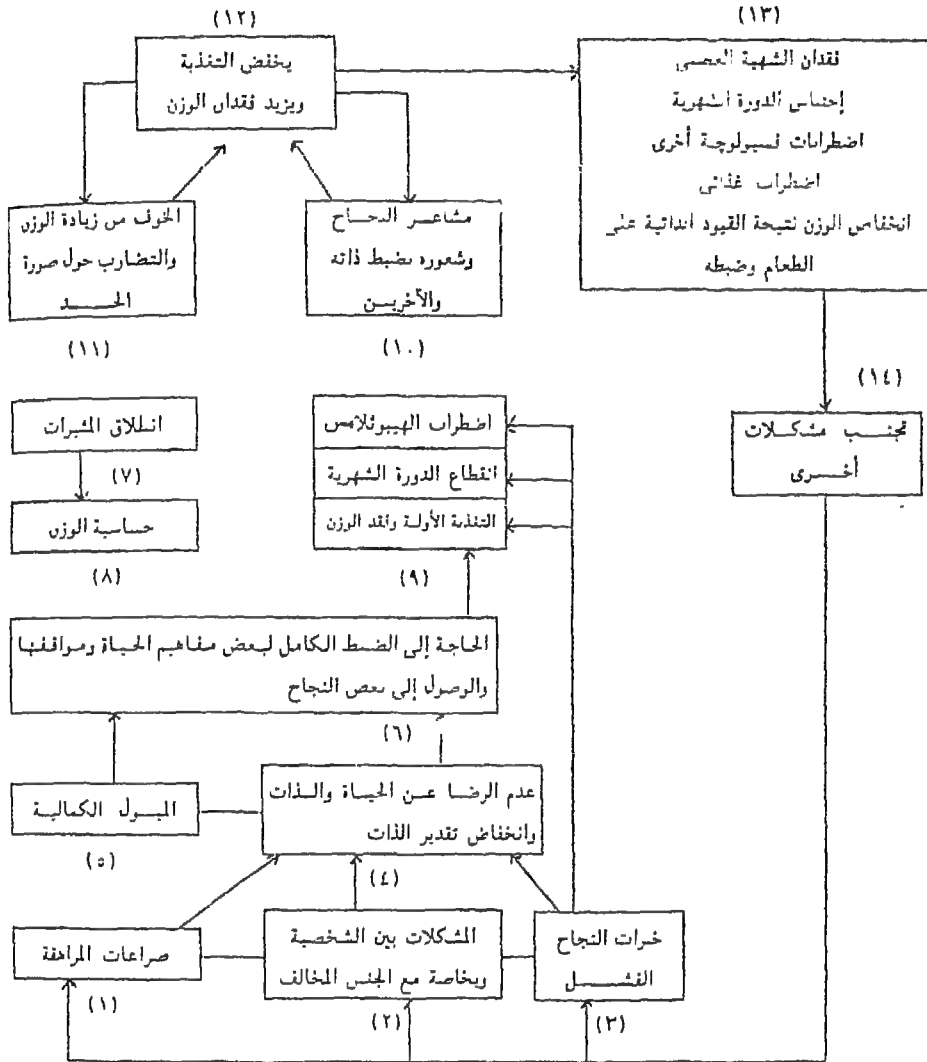
وأيضاً وجد (هاملتون . Hamilton ، ١٩٨٠) أن أكثر الصراعات وجوداً لدى فاقدى الشهية - أكثر منه لدى الحالات السوية والحالات السيكاترية الأخرى .

\* والعامل الثانى الذى افترض أنه يسهم فى عدم الرضا العام عن الحياة هو فى العلاقات بين الشخصية وبخاصة مع الجنس المخالف ووجد أن الانطواء الإجتماعى والقلق الاجتماعى بين فاقدى الشهية ثم استخرجها من عديد من الدراسات مثل دراسة (مورجان وروسيل Morgan & Russel ، ١٩٧٥) .

\* والعامل الثالث الذى افترض أنه يسهم فى الشروط المؤدية إلى عدم الرضا عن الحياة والذات هو الضغوط وخبرات النجاح والفشل فى الأداء أو الاختبارات أو الفشل فى إقامة علاقات شخصية متميزة والفشل فى إنجاز الهدف المحدد . ويعتبر دور الضغوط الإنجازية التحصيلية الأكاديمية على فئة قائمة الأسباب الممكنة لفقدان الشهية العصى مثل دراسة (دالى وجوميز Dally & Gomez ، ١٩٧٩) ولاحظ أن (٥٣٪) حدث لهم فى سن (١١ - ١٤ سنة) فقدان الشهية وكانوا متفوقين دراسياً . بينما (٢٤٪) من المجسوعة الكلية ظهر لديها فقدان الشهية العصى خلال العام الذى حصلوا على مستوى منخفض دراسياً فى الامتحانات ، كما سجل (جارنير وجارفنكل Garner & Garfinkel ، ١٩٨٠) فى بحثهما زيادة فى فقدان الشهية العصى بين الطلاب والطالبات الذين تم إعدادهم لعرض الأزياء . وهذه العينة لديها درجة عالية من فقد الشهية نظراً للمنافسة البيئية مثل العوامل الضاغطة وخبرات الفشل .

#### (ب) الميول الكمالية: Perfectionism Tendencies

يتميز ذوى فقدان الشهية العصى بسمات ذوى الوسواس القهرى أو الميول الكمالية ووجد (هاملى وآخرون Halmli et al ، ١٩٧٧) أن (٦١٪) من عينة المرضى وصفهم الآباء بالكمالية وكليينيكياً هؤلاء المرضى يميلوا إلى رؤية الأحداث والإنجازات فى صورة بيشاً ، أو سوداء ويسعوا دائماً لأن يكونوا نموذجيين ومثاليين ، ومثل هذا الشرط مع غيره من الأحداث الأخرى يسهم فى حدوث فقدان الشهية العصى .



الصيغة التخيلية لفقدان الشهية العصبي

\* الحاجة إلى الضبط الكامل لبعض مفاهيم ومواقف الحياة والنجاح الكامل فى أحد المجالات والدمج بين مسببات عدم الرضا العام بالحياة والذات والميول الكمالية اقترح أن مثل هذه الخبرات الفردية تحتاج إلى الضبط المطلق وبعض مفاهيم حياتهم أو الوصول التام إلى النجاح فى أحد المجالات على الأقل. وذلك رغم وجود مجالات بسيطة يمكن للفرد أن يصبح قادراً على الضبط الكامل أو حيثما نكون قادرين على إحراز نجاح محدد كنتيجة لمجهوداته. والنجاح فى أى مجال يدل ولو جزئياً على العلاقات الاجتماعية والأداء الجيد التطور الوظيفى والمهنى وغيرها من العوامل .

والمجال الوحيد الذي يمكن فيه ظهور عملية الضبط الذاتى هو ضبط الوظائف الجسدية مثل ضبط ساعات النوم والطعام والدوافع الجنسية. فيملئوا إلى ضبط هذه الجوانب الجسدية والبيولوجية باستمرار .

وباختصار افترض كما سبق شرطين ضروريين لتطور اضطراب فقدان الشهية العصبى هما عدم الرضا العام عن الحياة والذات والميول الكمالية وعلاوة على ذلك يتولد لدى الفرد عملية الضبط الكلى لبعض جوانب الحياة حتى الوصول إلى النجاح المحدد والكلى لبعض الجوانب فى حياته .

#### \* المثير النفسى الاجتماعى النوعى :

تعتبر المتغيرات السابقة التى تم تقديمها تنبئ من مثير نفسى اجتماعى محدد للسلوك الأولى الغذائى والتى تأخذ شكل تعليقات من مجموعة الأقران أو المحيطين بالفرد أو وجوده وسط مجموعة أفراد أكثر اهتماماً بشكل وحجم الجسم والوزن أو ملاحظات الآخرين عن نظام الأكل. ويلاحظ زيادة حساسية الإناث للوزن عنه لدى الذكور ويشيع هذا المفهوم (حساسية الوزن) الحضارى فى المجتمع الغربى وبخاصة لدى السيدات (كرسب Crisp ، ١٩٨٠) ، (جارنر Garner ، ١٩٨٠) واعتبروا حساسية الوزن (W. S) حالة تشريعية غير نوعية بالإضافة إلى المتغيرات الأساسية وهى عدم الرضا العام والميول الكمالية والتى ترى كعامل واحد استعدادى للفرد للضبط الجسدى .

ولهذا افترض (بيترسلاد) أن السلوك الغذائى الأولى ينبثق من مثير نفسى اجتماعى ويظهر ذا طبيعة لاشعورية فى سياق الحالات التشريعية البارزة والتى تعرض الفرد لإصابته بفقدان الشهية العصبى .

## ثانياً: السلوك :

استخدم اصطلاح السلوك هنا فى مدى واسع ليشير إلى كل التكيف البيولوجى والنفسى وكتابع للأحداث المسببة السابقة لحدوث السلوكيات الآتية : -

١ - يلجأ الأفراد إلى فقد الوزن .

٢ - يحدث اضطراب فى الدورة الشهرية فى صورة احتباس أو انقطاع .

ويمكن حدوث كل منهما معاً. ويرجع انقطاع الدورة لتأثير فقد الوزن أو كأعراض جانبية لاضطرابات التغذية . وربما أن احتباس الدورة الشهرية تابع مباشرة لاضطراب وظيفى على مستوى (الثلاموس) والذى يظهر خلال الفعل المباشر لخبرات الفشل والضغوط .

## ثالثاً: التوابع Consequences :

عندما يظهر السلوك الغذائى يفترض على الأقل نمطين من التوابع تعتبر مؤثرة إذا رافقها التدعيم القوى ويقود إلى التأثير فى سلوكيات الفرد نحو الغذاء ، والتى تؤدى بالتالى إلى فقدان الشهية العصبى وهكذا ينظر إلى التوابع كدعمات سلبية أو موجبة .

## التعزيز الموجب :

ومن سياق الحالات التشريطية السابقة افترض التوابع الموجبة للنجاح والتى تحدد تأثيرات التميززات الموجبة والتعزيزات وصفت كمشاعر النجاح أو الشعور بالانضباط أو مشاعر الرضا الذاتى. والملمح المهم لهذا الافتراض للتدعيم الموجب يكون كتابع للأكل أكثر منها وظيفية للسلوك الناجح فى السياق لإدراك الفشل فى مختلف المجالات وظيفياً. ومشكلة الأفراد زاندى الوزن وماينتج عن زيادة الوزن من أمراض تؤدى إلى الوفاة تعتبر مدعم كافى للحفاظ على السلوك .

## التعزيز السلبى :

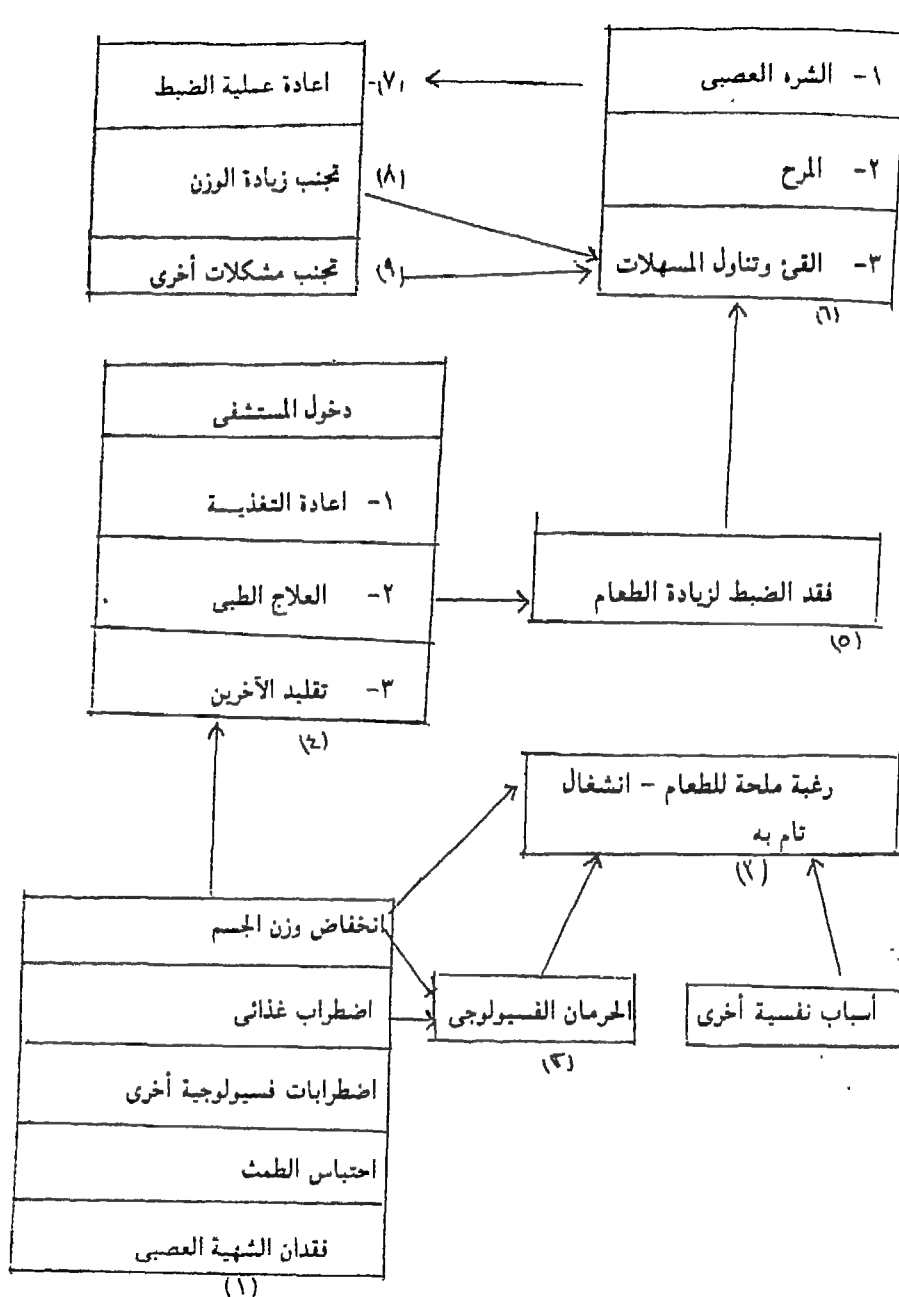
يشير اصطلاح التعزيز السلبى إلى زيادة الاحتمالية لاستمرار السلوك التجنبى وأزالته، والأحداث والمثيرات المثيرة وفى النموذج الحالى السلوك المخيف من زيادة الوزن تعتبر كتدعيم سلبى يستمر ويزيد خلال تجنب لمثير غير مرغوب وهو الأقل. إذا النمط الأول للمثيرات غير المرغوبة هو الخوف من زيادة الوزن والنمط الثانى ينتج عندما ينجح مريض

فقدان الشهية العصبى فى فقد الوزن والتحكم فى الأكل يشعر بالفشل فى كل المجالات وعدم القدرة على التحكم فيها ماعدا مجال ضبط الوزن وشكل وحجم الجسم وأطلق عليها (كرسب) فويماً الوزن، ومن السمات المميزة لغالبية مرضى فقدان الشهية العصبى هى الفكرة المسبقة عن الطعام ووزن الجسم وحجمه قبل عملية الأكل. وتعتبر هذه الفكرة نوع من السلوك التجنبى الذى يعفى الحالات من المواجهة المباشرة لبعض المشبرات المتفرة (غير المرغوبة) والتي تكون الدافع الأساسى لفقد الشهية مثل صراعات المراهقة والمشاكل بين الشخصية والضغط وخبرات الفشل .

### نموذج (سلاد) التحليلي الوظيفي للشهية للطعام

نقطة البداية في هذا التحليل للشهية للطعام من ملاحظات (روسيل Russel، ١٩٧٩) الذي اقترح وجود العديد من الطرق المرضية التي تؤدي إلى المشاكل السلوكية الخاصة بالشهية للطعام العصبي (Bulimia Nervosa). والتائج العلمية التي توصل إليها (روسيل) على عينة من مجموعة شهية الطعام الأغلبية منها لديها تاريخ سابق لفقدان الشهية العصبي بنسبة (٥٧٪) وحوالي (٢٠٪) ليس لهم تاريخ سابق لفقدان الشهية العصبي والباقي لديه اضطرابات في الدورة الغذائية ويتضح ذلك في الشكل التخطيطي المقدم ويوجد أسلوبان أو طريقتان يقودان إلى الشهية للطعام. الأول منها وجود فقدان شهية عصبي. والثاني ينتج مباشرة من أسباب نفسية أخرى وهذه الأسباب النفسية الأخيرة لم تلقى الاهتمام الكافي كما هو في المسلك الأول. ونحاول هنا في نموذجنا إظهار الميكانيزمات وراء هذا الاضطراب. وانخفاض الوزن المصاحب لفقدان الشهية العصبي مع الاضطراب الغذائي واضطرابات فسيولوجية. وفي هذا النموذج واضح نشأة الشهية العصبي للطعام من سلوك فقدان الشهية العصبي الذي تسبب في حدوثه مجموعة من العوامل النفسية والأسرية والبيئية بالإضافة إلى الفسيولوجية وأولها رقم (٢) الحرمان الفسيولوجي كنتيجة لسبب ولقصور في الدورة الغذائية. ولقد سلم كثير من الباحثين بالطريق الأول وهو انخفاض وزن الجسم بالإضافة إلى سلوك فقدان الشهية العصبي الذي يؤدي إلى إرسال إشارة عصبية إلى القشرة المخية التي تؤدي إلى اختزان الطعام.

والسبب الثاني: لدى مرضى فقدان الشهية العصبي وسلوكهم حيال دخول المستشفى لحالتهم الخطرة. ومع وجود برنامج غذائي لفترة محددة كتحاوله لزيادة الوزن بسرعة مع الخوف من تطور الحالة وعوامل أخرى سوف يؤدي إلى



الصيغة التخطيطية للشراهة للطعام Bulimia Nervosa

تكسير الأسلوب الغذائي لرفض الطعام الذي تعرضه تلك الحالات على نفسها. وفي ذلك يصبح هناك عوامل ثلاثة وهي دخول المستشفى والتحذيرات الطبية والبرنامج الغذائي. وبذلك تصل الحالات إلى وقوعها تحت ضغط من النوعين الضغط البيولوجي الداخلي (IBP) Internal Biological Pressure والضغط البيئي الخارجي (EEP) External Enveromental Pressure ويعتبران بمثابة التعزيز الموجب القوي للأكل. وهنا تفقد الحالات عملية الضغط التي تفرضها على الطعام. وفي مثل هذا الموقف يقترح اتخاذ موقفين أو حلين إما فقد السيطرة الزائدة على مخزون الطعام وأما استجابة الرضا للمحيطين بالاستجابة للعلاج ومن هذا التحليل يتضح السبب الثالث يتضح من تاريخ الحالات تقليد للآخرين، أي نماذج أخرى من الأفراد ذوي الشرة للطعام.

وفي هذا النموذج في العوامل أرقام ( ٧ ، ٨ ، ٩ ) يتضح أن أسلوب شرة الطعام يتسبب في حدوثه عوامل تعزيز إيجابية مثل الشعور بالرضا والتعزيز السالب يظهر في إعادة ضبط عملية الأكل وتجنب كلا من الوزن الزائد وبعض المشاكل الأخرى .



## الكمالية العصابية

تختلف النظرة إلى السعى نحو الكمال والإتقان. فإذا رجعنا تاريخياً إلى ذلك نجد أن مجموعة من الآراء تنظر إلى الكمالية ككون لمستوى الطموح والدافع للإنجاز بل ودافع للأداء. ومنه من اعتبر الشخصية الكمالية نموذجاً مثل (بورنس، ١٩٨٠) وعلى الرغم من النظر إلى السلوك الكمالي كعامل إيجابي في التوافق والإنجاز إلا أنه ينظر إليه أيضاً وكأنه نموذج عصابي أمثال (هاماكيك ١٩٧٨، فليت وآخرون ١٩٩٠) وترتبط الكمالية مع العديد من الخصائص السالبة مثل الشعور بالفشل والذنب والتردد ومشاعر الخزي وانخفاض تقدير الذات وترتبط مع أشكال خطيرة من الحالات المرضية السيكلولوجية مثل تعاطي الكحوليات وفقدان الشهية العصبي والاكتئاب واضطرابات الشخصية (دليل تشخيص الأمراض النفسية والعقلية (DSM III). وصعوبات التوافق تنبثق من الميل الكمالية المرتفعة والتي يضع الفرد فيها مستويات عالية غير واقعية ومحاولة تحقيقها. وعندما يفشل الفرد يعمم هذا الفشل على ذاته كلها ويتشدد في تقييمه لذاته ويتكون لديه ميل إلى الحكم على الأمور إما بالنجاح الكامل أم الفشل التام وبهذه الطريقة نجد أن مفهوم الكمالية نظر إليه من زاوية ذاتية ويتوجه ذاتي، ولكن الكمالية أخذت مفاهيم بين شخصية هامة في توضيح صعوبات التكيف والاهتمام بالعلاقات بين الشخصية وداخل الشخصية ذاتها في تحديد وتصنيف سبب الاضطرابات السيكاترية .

ويعرر «هاماكيك» أن الكمالية كمكون نفسي مازالت تحمل الكثير من الخفايا الكلينيكية وقد ميز بين الكمالية السوية والكمالية العصابية .

### الكمالي السوي (٢)

هو الفرد الذي ينظر إلى عمله ومجهوده بأنه جيد بقدرها الحقيقي ويشق السعادة من الجهد والأعمال الصعبة ويميل إلى زيادة تقدير ذاته من خلال آدائه أي شعوره بالسعادة يتناسب مع آدائه .

Neurotic Perfectionism

(١)

Normal Perfectionists

(٢)

## الكمالي العصابي :

هو الفرد الذي ينظر إلى مجهوداته وأعماله بأنها غير جيدة بالقدر الكافي على الرغم من جودة هذا الأداء . ويضع لنفسه مستويات غير واقعية ويجاهد من أجل تحقيقها . وأنه غير قادر على الشعور بالرضا عن أدائه والأشياء لا يقدر على المستوى الجيد الذي يستحق الشعور بالرضا .

ويضع (فروست) ١٩٩٠ خصائص الفرد الكمالي في الأبعاد الستة التالية :

١ - الاهتمام الزائد بالأخطاء . ٢ - المستويات العالية التي يضعها الفرد لنفسه

٣ - إدراكه لتوقعات الآباء والأمهات ٤ - إدراكه لفقد الآباء والأمهات القياسي .

٥ - الشك في قدرته على الأداء لأمر مؤسسته أو جهة عمله .

٦ - الشك في قدرته على الأداء والتصرف في بعض المشاكل .

وأضاف (فروست) أنه من الصعب التمييز بين الفرد الكمالي السوي والكمالي العصابي وقام (بيتر سلاذ، وآخرون ١٩٩١) بإدخال عامل عدم الرضا<sup>(٤)</sup> وقاموا ببناء مقياس ينقسم إلى قسمين واختصاره (SCNAS)<sup>(٥)</sup> لدراسة مدى اضطرابات الأكل من المصاحبات بفقدان الشهية العصبي ووجدوا أن الكمالية العصابية ترتبط ارتباطاً سالباً مع الذهان وعدم الرضا يرتبط مع كل من العصابية والانطوائية والذهانية على قائمة «أيزنك» للشخصية وافترض كل من (بول هويت وجوردن فليت، ١٩٩١) وجود أبعاد ثلاثة للكمالية من وجهة نظر اجتماعية وشخصية .

١ - الكمالية بالتوجيه الذاتي<sup>(٦)</sup> : يضع الفرد لنفسه مستويات عالية ويحاول تحقيقها .

٢ - الكمالية بتوجيه الآخرين<sup>(٧)</sup> : يضع الآخرون للفرد مستويات ويحاول تحقيقها بدافع منهم .

٣ - الكمالية المكتسبة اجتماعياً<sup>(٨)</sup> : يكتسبها الفرد من إدراكه للمواقف البيئية المحيطة به .

Dissatisfaction (٤) Neurotic Perfectionists (٣)

Setting Conditions for AnorexiaNebosa Scale (٥)

Self - Oriented Perfectionism (٦)

Other Oriented perfectionism (٧)

Perfectionism Socialy Prescribed (٨)

ويقدم (بيتر سلاذ وآخرون). تفسيراً مبسطاً للكمالية لدى الأفراد بوصفهم للأفراد الذين تقل لديهم الكمالية أنهم لم يجدوا التقبل من البيئة المحيطة الأولية فيقل لديهم الاتقان والسعى إلى الكمال ونتيجة لعدم التقبل من البيئة المحيطة الأولية لا يكتسبوا الأفكار التي تجعلهم يعرفون كيف يكونون محبوبين. أو الشك فيما يكتسبونه من آراء من حولهم فيما يوكل إليهم من أعمال. وعلى العكس إذا كانت البيئة حول الفرد إيجابية فسوف تعلمه أسلوب الإتقان وكيف يكون محبوباً راضياً عما يؤديه من أعمال. ويعتبر (بيتر سلاذ) أن الكمالية كدافع للإلتزام لمستويات أفضل ترتبط مع كل من اضطرابات الأكل والنمط السلوكي (A) وبعض الأفكار اللاعقلانية وبعض نماذج الشخصية الأخرى ووضع مقياساً يشمل عدم الرضا والكمالية قد سبق الإشارة إليه (SCANS).  
وتم تصميم استبيان خاص بالكمالية العصابية (NPQ) (٩١) وقد تمت بتعريبه وتقنيته في بحث خاص بالكمالية العصابية لدى الأسوياء ومرضى الفصام البرانويدي والاكتئاب الأساسي والهستريا التحولية. وأظهرت الدراسة أن أعلى درجة للكمالية العصابية لدى مرضى الاكتئاب الأساسي من الجنسين وأقل درجة للكمالية العصابية لدى مرضى الهستريا التحولية.

#### علاقة الكمالية ببعض المتغيرات السيكولوجية :

تري رابطة الاخصائيين الأمريكيين في دليلها DSM III . أن الكمالية تتشابه مع غيرها من اضطرابات الشخصية مثل فقدان الشهية العصبي والإدمان وتعاطى الكحوليات .  
ووجد «سورتوزكين Sotozkin» أن هناك علاقة ارتباطية موجبة بين الكمالية وسوء التوافق الموجود في الكثير من الاضطرابات الخطيرة مثل تعاطى الكحوليات وفقدان الشهية العصبي والاكتئاب .

ووجد (برادي استيفن Brady Steven) أن مرضى العصاب القهري يميلون إلى الكمالية العصابية . ويرى (راسكين وتيري Raskin & Terry) أن الكمالية العصابية ترتبط مع كل أبعاد النرجسية . بل ويعتبر أن النرجسية هي الدافع للكمالية العصابية.

وجدت (سوزان ميتزمان Susan Mitzman) ، أن هناك علاقة بين اضطرابات الأكل والكمالية سواء في حالات فقدان الشهية العصبية أو الشره .  
كما أكدت (ليندا هيجينبوثم Linda Higginbotham ١٩٩٣) ، على وجود علاقة ارتباطية موجبة بين قلق الموت والكمالية. وتستخدم الكمالية كميكانيزم دفاعي ضد قلق الموت وخصوصاً الإناث .  
وأكد (جونسون ودوجلاس وبويل Johnson Douglas & Poul ١٩٩٣) ، على العلاقة الارتباطية الموجبة بين النمط السلوكي (A) والكمالية العصابية .

### قياس الكمالية:

يوجد مجموعة من المقاييس إما لتقدير مستوى الكمالية مثل مقياس (BPS) وإما للتمييز بين الكمالية السوية والكمالية العصابية مثل استبيان (NPQ) وبعض المقاييس لتقدير الكمالية في علاقتها ببعض المتغيرات مثل اختبار الكمالية المتعدد الأبعاد (MPS) واستبيان (SJSQ) وسوف نقدم فكرة مبسطة عن كل منها :

#### ١ - مقياس بورنس للكمالية<sup>(١٠)</sup>

وضع هذا المقياس في عام (١٩٨٠) لقياس خصائص الفرد الكمالي وغير الكمالي بعد أن أوضح (هاماسكيك، ١٩٧٨) الفرق بين الفرد الكمالي السوي والكمالي العصابي .

#### ٢ - مقياس الكمالية المتعدد الأبعاد<sup>(١١)</sup>

ويشتمل على الأبعاد الستة التي وضعها (فروست Frost) لخصائص وسمات الفرد الكمالي إلا أنه لا يميز بين الكمالي العصابي والسوي .

#### ٣ - مقياس (SCANS)<sup>(١٢)</sup>

وضعه (بيتر سلاو (وآخرون. ١٩٨٦). ويشتمل على قسمين أساسيين هما الكمالية وعدم الرضا ويشتمل على ٤٠ بنداً. وقام بتطويره ووضع معايير الإحصائية كل من (بيتر سلاو ودبوي وكميل ونيوتن. Slade, P. Dewey, Kiemle & Neutien ١٩٩٠)

(١٠) Burns Perfectionism Scale

(١١) Multidimensional Perfectionism Scale

(١٢) Setting Condition for Anorexia Nervosa Scale

### ٣ - مقياس سلاتى وجونسون وستينبرج (١٣) (١٩٩١)

ويتكون هذا الاستبيان من (٦٢) بنداً وصمم لقياس مدى واسع من الكمالية ويفرق بين الكمالية السوية والعصابية، وقد قام كل من (جونسون ودوجلاس ويويل Johnoson Douglas, Paul (١٩٩٣) بحساب الصدق التكويني للاستبيان . فيتكون من ثلاثة مقياس فرعية هي: الكمالية والتأجيل عدم الرضا الشخصى.

### ٥ - استبيان الكمالية العصابية (NPQ) (١٤)

صمم هذا الاستبيان (بيتر سلاو وآخرون. ١٩٩١م) لقياس مدى واسع من الخبرات والأفكار المرتبطة والمساعدة على استمرارية وظهور الكمالية. وقام بتطوير الاستبيان كل من (سوزان ميتزمان وآخرون. ١٩٩٤) فى جامعة ليفربول ويتكون من (٤٢) بنداً ويستخدم للتمييز بين الكمالية السوية والكمالية العصابية . ويحدد الاستجابة فى خمس مستويات، والدرجات العالية تدل على كمالية عصابية والمنخفضة تدل على كمالية سوية وينود الاختبار مرتبة بطريقة عشوائية. وقد قمت بتعريب هذا الاستبيان وتقنيته على المجتمع المصرى (\*)

ونوجه الدعوة إلى الكمالية السوية فى سلوكياتنا نبدأها من الطفولة وأسلوب التعامل مع هذه المرحلة ومنها :

- ١ - المستوى الذى نتوقعه من أداء الطفل يتناسب مع إمكانياته الجسدية والعقلية والوجدانية. وأيضاً لا نكلفه بأعمال لا يستطيع أدائها وبالتالي تشعره بالفشل والإحباط .
- ٢ - لا نضخم أخضاء الأطفال فذلك يشعرهم بالذنب وعدم الرضا الدائم عما يقومون به من أعمال ومهام .
- ٣ - التقبل من المحيطين بالطفل فذلك يزيد من دافعه إلى الكمالية السوية والالتقان وعدم التقبل يؤدي إلى الكمالية العصابية وعدم القدرة على الحكم على الأداء ويؤيل إلى كسب تقبل الآخرين بمزيد من الكمالية العصابية المصحوبة بعدم الرضا والتوتر الدائم.
- ٤ - الواقعية فى تقييم أداء الطفل وعدم المغالاة فى إظهار التفوق أو الفشل .

(١٣) (SJSQ) Slany, Johnson, Stienberg

(١٤) Neurotic Perfectionism Q uestionnaire

(\*) منشور فى الأنجلو المصرية .

## الوجدانات السالبيه والعوجيه

في البدايه ظهرت فكره الانفعالات المعيزه والخاصه مثل العرح والغضب والخوف ومع ظهور ونظور الكثير من وسائل البحث الاحصائي والفسولوجي أمكن وضع نماذج لهذه النوعيات من الانفعالات أمثال ( Ekman ١٩٨٢ وازارد Izard ١٩٧٧ ) وبلوتك ( Plutchick ١٩٨٠ ) وكل هذه النماذج والنظريات وضعت الوجدانات في عدد من الاصطلاحات من ( ١١ . ٧ ) وجدانا مميزا مثل العرح ، الاهتمام ، الدهشه ، الخوف ، الغضب ، الحزن ، الضيق ، الاحتقار ، وهذه النوعيات الشائعه من كل النماذج السابقه ونظر الى هذه الوجدانات بأنها مؤثره بغير في أدوات البئه المحيطه وأحيانا يكون لها صنفه الدافعيه للسلوك مثل الخوف يكون دافعه الهرب من مصدر التهديد والاهتمام له صنفه الاستكشاف .

حاول بعض العلماء التميز بين الانفعالات وتعبيرات الوجه أى الشكل العضلى الجسمى للتعبير مثل ( اكمان Ekman ١٩٨٢ ) ولكن التميز بين الانفعالات لم يتم بطريقه موضوعيه نظرا لتساوئهما في كفيه التعبير ومع تقدم وسائل البحث الفسولوجي أصبح بالامكانه التمييز باللحوه الى المؤشرات الفسولوجيه وازدادت المفاهيم الاساسيه لنظريات الانفعال بزباده التدعيم الامرى في السنوات الاخيره فأمكن التميز بين نوعيات الوجدانات رغم الاختلافات الواسعه الحضاربه بين عيئات مختلفه من الافراد في العديد من الدراسات . وأكدت الدراسات دائما على وجود خطين متوازيين من الوجدانات الاساسيه المختلفه وأحيانا ثلاثه ابعاد فقد توصل بعض العلماء الى وجود بعدين اساسيين للتركيب الوجداني مثل ( روسيل Russel ١٩٨٠ ) وميز ( دنسبير ولارسون ولينفسين وايمنوس Diener, Larson, Levin. Ebmons ١٩٨٥ ) بين البعدين . وقام كل من ( زافيد وايطسون وتليجيت Watson.D.&Tellegen ١٩٨٥ ) باستخدام أساليب التقدير الذاتى من التوصل الى فئتين هما : الوجدانات السالبيه Negative Affects (NA) والوجدانات الوجيه Positive Affects (PA) وقد

انتهت من قوائم الوصف الذاتى في اطار الزمن

وشمل بعض الوجدان السالب : الخوف ، الحزن ، الغضب ، الضيق ، الاحتقار ، مشاعر الذنب وهذه الوجدانات تتراكم معاً بمعنى أن الفرد الذي يعاني من الخوف سوف يعاني من الغضب والحزن ومشاعر الذنب وهكذا بالنسبة للوجدان الموجب .

وفي دراسة ( دافيد واطسون وكلارك Watson.D& Clark ١٩٩١ ) يوجد الغضب ضمن البنود الفرعية لمقياس العدائيه . وهذا أيضا ما توصل اليه ( أرنولد سميث Buss ١٩٩٢ ) حيث وضع الغضب ضمن مقياس العد وانبه .

وقد قام كل من ( دافيد واطسون وكلارك وتليجمن ١٩٨٨ ) بإجراء التحليل العائلي لحوالي ( ١١٧ ) وصفا لحالات وجدانيه بعد اختصارها الى ( ٦٠ ) بنداً في مجموعات ثلاث : مجموعه تمثل الوجدان الموجب ومجموعه تمثل الوجدان السالب ومجموعه أخرى تبعد ثالث وهي التعب ، الدهشه ، الصفا ، الخجل ، وقام بتطوير القائمه كل من ( دافيد واطسون وكلارك ، ١٩٩١ ) حيث أصبح يقسم كل بعد من العددين الأساسيين ( NA ) ، ( PA ) عشره بنود وأصبحت القائمه PANAS-S شامل لاحدى عشر اختصار فرعى ويمكن استخدام هذه القائمه في إطار أزمته محدد ، ويمتده ما يهرهن على اعتبار هذه الوجدانات سمه من السمات ويمكن استخدام هذه القائمه في التفريق بين السويه والاضطرابات حيث ،زداد متوسط درجات الحالات السويه على بعد الوجدان الموجب عنه لدى الحالات المرضيه وأيضاً يمكن التمييز بين الحالات المرضيه بالاستعانه بالمقاييس الفرعيه للوجدانات السالبيه المعزوه لكل اضطراب أو مرض هذا بالإضافة الى مشكله التداخل في التشخيص بين الحالات المرضيه مثل القلق والاكتئاب فأغلبيه الحالات المرضيه تحمل في طياتها أعراضاً لحالات مرضيه أخرى ففي حاله القلق والاكتئاب المختلط يمكن تمييز الاكتئاب بالوجدانات الآتية وهى : الحزن ، الشعور بالذنب ، والعدائيه بينما في حاله القلق يتميز مرضى القلق بزيادة درجه الخوف مما يترتب عليه امكانه خفض أو تحسين الوجدانات السالبيه النوعه المستوله عن كل اضطراب قبل الدخول فى المرحله المرضيه .

## تحديد المصطلحات:

### الوجدان السالب Negative Affect

يعني تمييز الأفراد بانخفاض تقدير الذات والانفعالية السلبية والتميز بالميل للتركيز على المفاهيم السلبية عن الأفراد والذات والعالم وأيضاً الميل الى خبره مستويات عالیه من الحزن والغضب والخوف والعدائيه ومشاعر الذنب ( دافيد واطسون وكـلارك ، ١٩٨٤ : ٤٦٥ ) .

كما اعتبر هذا الوجدان السالب سمه من سمات الشخصيه في اباحتها الحديثه ( ١٩٨٨ ، ١٩٩١ ، ١٩٩٤ ) وهي أيضاً الدرجه العاليه على مقياس البعد الخاص بالوجدان العالـب على قائمه ( PANAS-S ) .

### الوجدان الموجب Positive Affect

يعني تمييز الأفراد بارتفاع تقدير الذات والانفعالية الايجابية والتميز بالسبيل الى التركيز على المفاهيم الموجبه للأفراد والذات والعالم وأيضاً الميل الى خبره مستويات عالیه من المرح والثقه بالنفس والصفا والهدوء والانتشاء ( المرجع السابق ٤٦٦ ) كما اعتبر هذا الوجدان سمه من سمات الشخصيه في دراستها لهذا الوجدان في اطار زمني محدد بعد العدى وهي الدرجه العاليه على المقياس الخاص بالبـعد الموجب على قائمه ( PANAS-S ) .

وتناولت الدراسات السابقه الجوانب الوجدانيه سواء الموجبه أو السالـبه وعلاقتها ببعض المتغيرات الأخرى والفروق الجنسه في انتشار أى منهما ألو تناول احد الوجدانات وبالأخص الدراسات التي تناولتها لدى الطلاب والطالبات الجامعيين وفي حدود قراءات الباحثه لم تتناول أى دراسه عربيه الوجدانات سواء السالـبه أو الموجبه في صورته شامله كما هو الحال في الدراسه الحاليه .

أولاً : دراسات تناولت الوجدانات في علاقتها بمتغيرات أخرى .

دراسه ( دينر اخرون Diener. el al. ١٩٨٥ ) عن التمييز بين



شده الانفعال وتكرار الانفعال أو الخبرة الانفعالية لايجاد العلاقه بين الوجدان السالب والموجب في أى فتره زمنيه . وأظهرت الدراسه أن الافراد الذين تمزوا بشده انفعاليه يظهر عليهم كل من الوجدان السالب والموجب أى ان شده الانفعال تتميز الحائنين . ومن حيث الخبرة الانفعاليه تتميز الافراد الى مجموعه لديها خبره انفعاليه ساليه ومجموعه لديها خبره انفعاليه موجبه . والمقاييس المستخدمه لقياس الوجدان السالب مستقلة تماماً احصائياً عن مقاييس الوجدان الموجب .

دراسه ( بروجانسكى ودولوريس واليزابث Projansky, Dolores Elizabeth ١٩٩٠ ) عن دور الوجدان والمزاج في استدعاء المعلومات اليجابيه والسليه عن الذات وقامت هذه الدراسه على العلاقه بين المزاج وادراك الذات وحاولت هذه الدراسه اثبات الى أى مدى تؤثر الحاله الوجدانيه والمزاجيه في استدعاء المعلومات السليه عن الذات . وافترض الباحث ان المزاج يعمل ( كمرشح ) لاختيار المعلومات اليجابيه والسليه عن الذات وافترض الباحث مايلي :  
- يعمل المزاج ( كمرشح ) لاختيار المعلومات .

- اذا ارتبطت شده الوجدان مع معلومه أمكن استدعاؤها بسهولة وخصوصاً المعلومات ذات الصله الوثيقه بالموضوع الذى يرتبط بالوجدان فالافراد مثلاً في الحاله المواجهه الاكتئابيه يستدعون المعلومات السليه وتم تطبيق الاختبارات على ( ٢١٢ ) طالب جامعي في السنه الأولى ومنها مقياس الاكتئاب ومقياس السمات الشخصيه الموجبه ( سمات ) والساليه ( سمات )

وبعد فتره من النشاط الترفيهي تم سؤال الحالات لاستدعاء الاوصاف على مقياس مقسم الى سبع مستويات ثنائي الطرف الوجداني السلي جدا والايجاسى جداً .

وأظهرت النتائج ان الوجدان أكثر تأثيماً من المزاج في استدعاء المعلومات السليه والايجابيه عن الاشخصيه وزباده شده الوجدان هي الأكثر تأثيماً في عمله الاستدعاء سواءً الموجب أو السالب .

دراسة ( سوينى ومارى الين Sweeny & Mary Ellen ١٩٩١ ) عن  
علاقته الانكاليه ونقد الذات بنوع الحالات الوجدانية السالبة ، وتم تقسيم مجموعته  
الى اربع مجموعات حسب درجه الانكاليه .

مجموعه ( أ ) ذات درجات عاليه على مقياس الانكاليه .

مجموعه ( ب ) ذات درجات عاليه على مقياس نقد الذات .

مجموعه ( ج ) ذات درجات عاليه على المقاسين .

مجموعه ( د ) غير مرتفعه الدرجات على أى من المقاسين .

وتم اجراء تحليل التباين بين المجموعات الازرع وباستخدام مقاييس لكل من الاكتئاب والغضب  
والتعب والقلق كوجدانات ساليه وسمات الشخصيه مثل العصبيه والانبساطيه .

وتتكون عينه البحث من ( ٥٧ ) من الاناث بمتوسط عمر زمنى ( ١٩٨٨ ) سنه و

( ١٤ ) من الذكور بمتوسط عمر زمنى ( ٢٠٤٦ ) سنه .

وأظهرت النتائج وجود ارتباط دال خصوصاً بين الاكتئاب والغضب والعصابيه  
والقلق وارتباط سالب دال مع الانبساطيه والتاكيد به والنشاط والانفعالات العوجيه  
وارتباط موجب بين الانكاليه والقلق والعصابيه والاكتئاب والنتيجه العامه لهذه الدراسه  
ان الأفراد مرتفعي الدرجات على مقياس نقد الذات والانكاليه لديهم مستويات  
عاليه من الوجدانات السالبه .

دراسة ( وايزرايموند ايرنست Weiss Raymond Ernest ١٩٩٢ )  
عن دور الجانب الوجدانى الانفعالى . فهو المثير للديناميات الثقافيه وأكد الباحث على  
أن الاستجابات الانفعاليه الوجدانيه تعطى أفضل رؤيه للموضوعات والمفاهيم الثقافيه  
فى المجتمعات . وهذه المفاهيم يتمسك بها الأفراد ويدافعون عنها وترتبط بالهانسب  
المعرفى أيضاً . فالجانب الوجدانى هو الهاءت على التفسير فى ثقافات معينه وأيضاً  
هو العقبه فى وجه التفسير فى ثقافات أخرى .

دراسه | بوتشير آن هوستون (Butcher, Ann Houston ١٩٩٢) من تأثير الوجدان السالب والمزاج على صنع القرار وتقوس هذه الدراسه على مسلميه رئيسيه وهى تأثير الوجدان السالب على الجوانب المعرفيه فى الشخصيه وانفترض الباحث ان الوجدان السالب له تأثير على علميه ومراحل صنع القرار والأفراد الذين يتمتعون بمسلميه وجدانيه عاليه يتميزون بالانزعاج والقلق ويرغبون فى القيام بالأنشطه والمحجودات ولكن بعتربهم الشعور بعدم الكفاءه ونقص الشقه بالنفس والقلق أكثر من لدى الأشخاص منخفضي الوجدانيه السالبه | NA) ويزداد المزاج السلبي لديهم ومنخفضي العلميه الوجدانيه أكثره قدره على صنع القرار .

ثانيا : دراسات تناولت الفروق بين الجنسين فى الوجدانات السالبه والموجبه :

دراسه ( سميث وكليجل Smith & Kleugel ١٩٨٢ ) حيث تأما بدراسه الفروق بين الجنسين فى مستويات الحزن والخوف والعدائيه بعد مجانسهم المجموعتين من حيث العمر الزمني والمستوى التعليمي وأظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة احصائيه على الوجدانات السالبه الثلاثه لصالح الأنثا .

دراسه ( آفرييل Averill ١٩٨٣ ) عن الفروق بين الطلاب والطالبات الجامعيين فى وجدان الغضب كوجدان سالب والسلوك العدواني وأظهرت النتائج عدم وجود فروق داله احصائياً بين الجنسين فى الغضب بينما وجدت فروق ذات دلاليه احصائيه بين الجنسين فى الغضب بينما وجدت فروق ذات دلالة احصائيه فى السلوك العدواني بين الجنسين .

دراسه ( نولسن وهوكسيما Nolen & Hocksema ١٩٨٢ ) عن كفيه التعامل مع حاله عدم النشاط ( Dysphoria ) حيث وجد أن الاناث يملكن الى التوسع والاسهاب والتهويل فى وصف الحالات الوجدانيه كما يملكن الى اجترار الانكار والمعلومات الى تدور حول وصف الوجدانات السالبه لديهن .

دراسة ( فردنبرج ويرين وكروم : vredenber, O. Brien & Krumes ١٩٨٨ ) توضح هذه الدراسة انتشار الحالات الاكتئابية وعدم النشاط والخمول لدى الطلاب والطالبات ونسبة الانتعاش لدى الطالبات أعلى منه لدى الطلاب وأظهرت الدراسة ارتباط الوجدانات السالبة مع كل من المتغيرات الشخصية والمعرفية مثل اضطراب الاتجاهات والنقص في تقدير الذات ولكنها تتغير طيلة سنوات الدراسة الجامعية .

وأضاف ( ماركس وسكوليز Marx:E.M.& Schulze. C.C ١٩٩١ ) في دراستهما إلى العوامل السابقة وعدم وضوح الدور الجنسي لدى الذكور من طلاب الجامعة ويكون سببا في انتشار المظاهر الاكتئابية ، وعدم النشاط .

دراسة ( آنولد بي ومارك بيرى Buss, A. & Berey, M. ١٩٩٢ ) حيث أنه لم يجد فروقا ذات دلالة إحصائية بين الطلاب والطالبات على مقياس الغضب وتم ادراجه ضمن قائمة العدوان كبعد مثل العدائية أو العدوان اللفظي والجسدي ويلاحظ أن هذه النتيجة تتفق مع ما توصل إليه ( آفريل Averill ١٩٨٣ ) من عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية على بعد الغضب ووجود فروق دالة على بعد العدوان . وفي القائمة الحالية المستخدمة في هذه الدراسة تم استبعاد وجدان الغضب من الوجدانات السالبة ووضع ضمنها مع العدائية كوجدان سالب .

دراسة ( جين وونج وداني واتيكس Jane, L. Wong & Dani J. ١٩٩٢ ) أوضحت أن الحالة الاكتئابية والوجدانات السالبة لدى الطلاب والطالبات الجامعيين ترتبط بالمتغيرات الشخصية والمعرفية لدى طلاب الجامعة مع مرور الوقت وعدم النشاط أو الخمول ( Dysphoria ) يرتبط مع مشاكل تقدير الذات ونوع الجنس والاعتماد على النفس في حل المشاكل واضطراب الاتجاهات

( Dysfunctional Attitude; S ) وأجريت دراسة ( ١٩٩٣ ) عن السلبية نحو الذات والعالم والمستقبل كأسلوب معرفي لدى مرضى الاكتئاب الأساسي من الجنسين : أظهرت النتائج وجود فروق بين الجنسين

على مقياس السلبية متطابقة على طلاب وطالبات كلية التربية لمالح الطالبات والفروق بين الطالبات والطلاب في الاله احصائياً وأظهرت الدراسة أيضاً ارتفاع متوسط درجات الاناث عن متوسط الذكور في الحالات العرضيه ( مريضات الاكتئاب الأساسي

( Major Depression

وفي دراسته أخرى ( ١٩٩٤ ) عن مشاعر الذنب لدى مرضى الفصام البارانونيد وودوى الميل العصبي والأسوباء من الجنسين أظهرت نتائجها فروقاً لصالح الاناث في درجات الشعور بالذنب سواء الحالات السوباء أو العرضيه وحصلت على أعلى المتوسطات في كل مجموعات البحث ذوات الميل العصبي . بعد عرض الدراسات السابقه يتضح أن هناك فروقاً بين الجنسين من حيث نسبة انتشار الوجدانات العاليه أو غيرها والوجدانات السالبه مستقله تماما عن الوجدانات الموجبه احصائيا .

نموذج الوجدانات ويشمل :

أ ) مقياس الوجدانات الموجبه والعاليه - الأبعاد العامه

Positive Affects and Negative Affects Scale (PANAS)

تأليف دافيد واطسون ولي أنا كلارك David Watson & Lee Anna Clark

PANAS-X

ب ) مقياس الوجدانات العاليه والموجهه الشامل

تأليف دافيد واطسون ولي أنا كلارك ١٩٩٤

ج ) مقياس الوجدانات السالبه والموجهه في إطار الزمن . ١٩٩٤

تأليف دافيد واطسون ولي أنا كلارك .

د - والمقاييس الثلاثه تمت بتعريبها واعدادها .

نموذج الوجدانات

اطسون وتلجيز Watson; D & Tellegen (١٩٨٥) وجود تصنيف

هرمي للوجدانات بصفه عامه في صوره بعددين أساسيين حيث اطلقا على البعد الاول

الوجدان الموجب Positive Affect والبعد الثاني الوجدان السالب

Negative Affect

وتم استخدامها كبعدين أساسيين في خبره الانفعاليه العامه في دراستهم  
بالاضافه الى العديد من الابحاث والدراسات حول هذين البعدين مثل دراسه  
( الماجور وبنبوراس Almagor & Benporath ١٩٨٩ ) = ( واطسون  
وتيليجين Watson & Tellegen ١٩٨٨ ) = [ مايروشاك Mayer & Shack ١٩٨٩ ]  
ولقياس هذين البعدين طور كل من واطسون وكلارك وتيلجين قائمه الوجدانات السالبه  
والموجبه والتي تتكون من ( ١٠ ) بنود للوجدان السالب = ( ١٠ ) بنود للوجدانات  
الموجبه بالاضافه الى البعدين السابقين فقد وضع تقديرا للحالات الانفعاليه  
الخاصه بالنوعيه ووصل عددها الى ( ١١ ) مقياس فرعى وهى : الخوف ، والحزن  
، الذنب ، العدائيه ، الخجل ، التعب ، الدهشه ، المرح  
، الثقه بانفس ، اليقظه ، الصفا وتقاس على خمس مستويات .

- ٢٠٥ -

## الفصل الثالث

### الاضطرابات الوجدانية

- المقدمة
- الهستيريا
- الاكتئاب
- الاضطراب الوسواسى القهرى

## ٢٠ - الاضطرابات العصابية - ( الوجدانية )

تنتشر الاضطرابات العصابية بدرجة تفوق الامراض العقلية والعضوية ولا يوجد احصائيات دقيقة على مدى ونسبة انتشار الاضطرابات العصابية وايضا من الصعب حصرها وتقدير نسب محدوده لانتشارها . ويرجع ذلك للأسباب الآتية :-

- ١- ان هذه الفئة لا تدخل المستشفيات ونادرا ما تتقدم طالبه للعلاج النفسى .
- ٢- ان مجموعه كبيرة من ذرى الاضطرابات العصابية تعاني من اضطرابات جسدية اما عضوية خالصة كعرض مزمن وله مصاحبات عصابية . وأما امراض سيكوسوماتية وفى كلا الحالتين مصاحبها الاضطرابات العصابية .
- ٣- توجد الاضطرابات العصابية مصاحبه لكثير من الامراض العقلية .
- ٤- ملاحظ كثيرا من التداخل بين اعراض نوبات الاغصص وبالتالي لا يمكن حصر حالات أعصص نقد ٢٠١:٣٠١ - ( مثل القلق والاكتئاب المختلط ) .
- ٥- انخفاض الوعى الثقافى النفسى والطبى . وبالتالي لا تتجه الحالات العصابية للعلاج والاطى حالات نادره .
- ٦ - الاضطرابات العصابية لا يحدث فيها تفكك للشخصية وينحصر العريض المسئول به الشخصيه كامله . وسلامه الادراك والتحكم فى تصرفاته وعدم بعده عن الواقع كما هو فى الحالات العقلية مثل ( البرانوسا - الفصام الهوسى وغيرهما ) . الا ان ( عكاشه ) يرى ان نسبة العصاب بين المجموع العام بين ( ١٠ ٪ - ٢٥ ٪ ) بينما فى الازمنة تتراوح بين ( ٥ ٪ - ١٠ ٪ ) .



وتم استبعاد لفظ العصابي ابتداءً من عام ( ١٩٢٨ ) وأصبح يطلق على الاضطرابات العصبيه

الاضطرابات الوجدانيه Affective Disorders

وتشتمل على الغلق والخوف والاكتئاب والوساوس والافعال القهرية واضطرابات النوم والطعام والحساسيه الزائده والاعراض التحوليه ( مثل الهستيريا ) .

• والعصابي هو الشخص الذى أصبح من خلال صراعاته الداخليه أو بأسرافه فى استخدام ميكافيرمات الدفاع لا يستطيع التوافق أو بلغه أدق التكيف داخلنا مع ذاته ومع العالم الخارجى ليصل الى درجه من المراده والرضا الذاتى وازاله التوتر الذى يتم التعبير عنه بالصور المضطربه السابقه مشتمله على الاعراض الخاصه بكل فئة على حده .

وأجريت محاولات عديدة لرد كثيره هذه النوعيات الى مفهوم ديناميكي من خلاله يمكن تبعاً لمبدأ الاقتصاد فى العلم رد كثره هذه النوعيات الى سبب أو سببين . مثل الفكره التى قدمها ( صلاح مخيمر ) وسوف نوزعها فيما بعد و ( دروشى رو ) اللذان اعنرا الخوف هو بذره هذه الاضطرابات السابقه بأسلوب سيكوينامى . الا انه وصفت عدّه نظريات لبدأوله تفسير حدوث هذه الاضطرابات وسوف نقدّمها بايجاز هنا :

أولاً : النظرية التكوينية الوراثيه

ثانياً : النظرية البيئيه .

أولاً : النظرية التكوينية الوراثيه

ويقصد بهـا التكوينات النقليه والجسديه والفسبولوجيه والنفسيه التى نقلت للفرد

وراثيا عبر الجينات ودور البيئه محدود فيها . ويطلق عليها ( الاستعداد الوراثى ) .

ولجأ العلماء الى دراسه انتقال الصفات الوراثيه ( الجينات ) الخاصه بالامراض النفسيه

باستخدام التوائم المتشابهه وغير المتشابهه . ووجد ان التوائم المتشابهه اكثر تشابها نفسى

الاصابه بأحد الاعصبه . ونظرا لنشأ كل منهما فى نفس الظروف البيئيه وهنا تبدو مشكله  
فصل ما هو بيئى عما هو وراثى نظرا لوجود عامل اسلوب التربيه الشائع لدى الاسره وأيضاً  
التعلم بالمحاكاه والتقليد لكل من افراد الاسره . ورغم ذلك فنجد عائلات / اسر لديها  
نفس الاضطراب النفسى واستعداد افرادها للاصابه بنوع معين من الاضطرابات العصبيه .  
ثانياً : النظرية البيئيه :-

تؤثر العوامل البيئه بكافه متغيراتها على نشأ الفرد وتطوره خلال مراحل حياته المختلفه  
وبذلك تختلف استجابات الافراد لهذه المنغمرات الكثيره من حولهم والتي تختلف من مجتمع  
لآخر ومن أسره لأخرى ومن فرد لآخر . وينبع هذه النظرية مجموعه نظريات وآراء منها :  
أ : نظريه التحليل النفسى وما يتبعها من آراء :

أكد ( فرويد ) ان العوامل المسوله عن الاصابه بالعصاب تكمن فى الخمس سنوات الأولى  
من حياه الفرد وهذه الاستجابات تحدث كرد فعل للمثيرات والمؤثرات البيئه التي تؤثر فى  
النمو الجنسى للطفل وعرض فكره " التثبيت " والتي تعنى الشبات على المرحله التي لاقت  
التعزيز بلغه المدرسه السلوكيه والاشباع واذا قايل الفرد بعض المشاكل والصدمات تكهسي  
الى تلك المرحله ليستطيع مجابهه ذلك أو التثبيت على المرحله التي لاقت فيها الحرمان  
وتعتبر نقطه الضعف التي تعتبر أقل مفاومته فتهب.....مرز منهلذا الاعراض كما هو  
معروف فى الامراض العضويه وقد فسر ذلك " فرويد " بالموقف الادويبي وصراعاته  
وايضا الصراع بين مكونات الشخصيه ( الهوى الانا - الانا الاعلى ) ووصفت  
الاستجابات الجوابيه الى الوسواس الفهرى وهستريا الفلق وهستريا الفلق وهستريا التحوليه  
( التبدنيه ) وهستريا الفلق فى كتابات ( أوتوفينخل ) هى عصاب الفلق والتي اعتبرها

مرادفه للغريبيا . وأضأ النهوراستثنيها .

واعتبر اقلق بمثابة اشارة انذار هولب الصراع في نشأه الأعصبه سنائناها المختلفه .

وتتقدم هنا بعض العلماء انذبن أسسوا وتناولوا الرؤيه التحليليه بعض النفسمراب .

١- ( ادلر ) رائد مدرسه علم النفس الفردي . واعتبر العصاب محاوله من جانب الفرد

لبحرر نفسه من متاعر النفس في الطفوله وسندفع للتفوق ورفض فكره النظره اد .

دورها واشره على اسلوب الحياه واسلوب التربيه في الاسره . والدان يؤديان السي

الا يجاييه والتأكيديه .

٢- ( يونج ) نظر الى اللبيد وعلى انه طاقه عامه غير مميزه وتدفع الانسان الى العمل

وأدخل مفهوم اللاشعور الجدمي . وبناء على وجود هذه الطاقه واتجاهها قسم الافراد

الى منطوى ومنبسط من حيث اتجاه الطاقه الى الداخل أو الخارج على المرتب ورفضه فكره

اللبيد والجنسيه .

٣- ( أوتوراسك ) اعتبر صدمه العبلاهمصدرا للقلق . واعتبر "الاراده" هي القوه الدافعه

الحبويه التي تؤدي الى تكامل الشخصيه وابداعها أو تفكك الشخصيه واكاليبتها . ويعتبر

الشخص العصابي فرد ضعيف الاراده غير ناضج افعالا وانكالي ولم يصح بعد لتدقن

الضبط وتأكيد ذاته .

٤- ( هورني ) التي اعتبر "نسي" " الاساس" هو سبب العصاب وتذكر محاولات اجريت لتصنيف

الاعصبه والاذهنيه وردها الى بعض البكائيربات أو الى نط مثالي واحد منها .

- يعبر "أتوفنخل" عن شكيه "لثانسات للأعصبه والاذهنيه في مواجهتها لشكليات

الحياه اما بأساليب انشائية قد تصل الى الابتكاره فتسرر السويه أو تفككه نكوهه

فنظهر تباينات من الاعصبه الى الاذهنيه تختلف مفرر : ينبغي ان تؤكد مع ذلك ان جسع

الأعصبه تكشف من الناحيه العمليه عن تساوق ميكانيزمات مختلفه من ميكانيزمات تكسون الاعراض . وقد قرر فرويد . بصورة قاطعه هستيريا قلق طفليه ، واضطرابات الشخصيه والتي تتجر فيها الانا ذاتها الى المرض . تتعدد اشكالها . يتعدد الميكانيزمات التي نقيّمها ومن هنا فالادق هو تشخيص الميكانيزمات لا تشخيص الأعصبه " فميكانيزمات الدفاع تشمل عناصر نمطيه تشكل اثلاثاتها الانمطيه غالبية الأعصبه الواقعيه عند الافراد " ( فينكل ، ١٩٦٩ ، ٢٠٤ )

ويرى ( صلاح مخسر ) اذا كان العلم في صحيحه ومعنى الكلمه هو هذه العمليه التي ترد كشره الطواهر المشاطه الى وحده الصرح النظري التفسيري أو القانون التفسيري . النهى أو كل أقل عدد ممكن من المبادئ التفسيريه لكان لنا ان نعتبر مبدأ الاقتصاد لب العمليه ومحورها المركزى . ومن هنا يمكن رد كشره الأعصبه الى نموذج هيكلى واحد وذلك ما ينتج لمبدأ الاقتصاد وان يكون أكثر امعانا ومن ثم ينتج للعمليه العمليه ان تكون أمعن علميه .

ويرى ان الاعصبه تشكله تباينات لمنط كيفي واحد قوامه التجنب أو العزل .  
١- يعد الخوف من الحثرة الغريزيه الخطيرة ( القلق ) المنطلق واذا بقى على هذا الحال فهو ( عصاب القلق ) وتعتبر عند " أوتوفينكل " هستيريا ( القلق ) وهستيريا القلق عنده عندما تتجدول للخارج يصبح بمعنى تجنب الموقف أو المدركات المشيره للقلق . أو باسنادات ثوبيا لاثمه خارجيه وبذلك يتحول الخطر الى خطر خارجى كليه ( أوتوفينكل ١٩٦٩م ) ( ٢٤٦ ) .

وهكذا بعد تحول الخوف ( القلق ) الى موضوع خارجى تكون الفوبيا من حيث هى مغاوف تشريطيه . وبظهور ميكانيزم العزل يكون الدفاع يتجنب الموضوع أو الموقف وهنا ببند الشخص عن الموقف المشير للخوف .

- وفي الهستريا بدلا من تجنب الموقف الخارجى بالابتعاد عنه ( العزل والتجنب ) ستم هنا التجنب بتعطيل حواجز الفرد أو حركته فتتعدم حساسته أو تزل حركته ما نغصم هستريا المتبدلين فالعزل أو التجنب هنا يتم بتعطيل وظائف البدن بعد ان كان بسنم في الثوبيا بتجنب الشخص للموضوع أو الموقف البدل في الخارج .

- وفي حالة العصاب الفهرى يتم التجنب بنوع جديد من العزل . فيتم عزل الفكره الحصاره عن جهازها الحركى أى التنفيذ . وفي نفس الوقت يتم عزلها عن شخصيتها الاعماليه الدافعه ما يجعلها مجرد فكره عاجزه ولا سبيل أمامها الى التنفيذ الفعلى وعلى هذه الصوره يتحقق العزل والتجنب .

- وفي حالة الامراض العقلية حيث النكوص عميق بعيدا تتعطل الانا وحسن اختبار الواقع عندئذ فان للحفزه الغريزيه سبب الخوف والتي ادت في تجنبها الى الثوبيا أو التهديدات أو الاحصره أو الفهور تخرج الى السطح وتصبح اعتقادآ جازما ( هذيانات ) وتحولت الرغبه الى اعتقاد جازم في واقعيتها وتظهر في خدمه ذلك تحريفات الادراك والادراك بغير موضوع ( الهلوسات ) كما يظهر كمحصله لهذا كله "الحاط العقلى مثل الهوس أو الفصام والبارانويا . وعند ما تنتصر الدافعات يكون الاكتساب .

وميزه هذا التفسير انه يتفق مع مبدأ الاقتصاد ، فبدلا من كثره الميكانيزمات يكون الاقتصاد على العزل والتجنب .

ويؤكد ( صلاح مخيمر ) على ان الثوبيا تشكل النواه في كل عصاب وكانت الثوبيا يمكن ان تتطور الى هستريا متدبسن او الى تهور وكانت الثوبيا مرحله انتقاليه الى الهذيانات فان تشخيص الأعصبه مسأله غير قيقه بالقياس الى تشخيص الدافعات . والاضلاف الفردي الذي ينتج في كل حاله من الحالات وهذا الحديث عن الاضلاف الفريد الذي نتخذه

الدفاعات النعيطه والذى يقول به فينخل ليس غير التحسيد أو الانظام الذى يتخذ  
النط الكفى فى حاله من الحالات العبانیه . وفى هذا كله ما بدل على ان الأعصبه  
لمست غير تباينات لنط كفى وظيفى واحد يستهدف التجنب والعزل استعدادا عن الخطر  
بأنه وسيله حتى ان تخطى الأمر التشويهاً الادراكيه الى الانكارات الفصاميه .

ونرى ( دورشى رو D. Rowe ) ان الخوف الأعظم هو الخوف من ابادته الذات  
( Annihilation of the self ) ونائها . وتهرب من الخوف بالعمل الشاق

يتطلب حابتها وحياه الاخرين . أو يتحول الى موضوعات خارجيه مثل الانراط  
فى الطعام أو الادمان . بغرض مصادره الخوف . ومع الاستمرار فى انكار الخوف قد يلجأ  
البعض الى الاحتفاء بالشكاوى والأمراض الجسميه . وذا لم نتحج هذه المعاولات فنجد  
من يلجأ الى كانه الدفاعات التى تعرف بأعراض المرض النفسى والعقلى وتعتبر ان اقصى انواع  
الخوف الذى يحدث من داخل الانسان وليس كاستجابته لخطر خارجى يمكن التعبير  
عنه فيطفى العون فالخوف الداخلى يستشعر فى صورته لفق أو خذى أو مشاعر ذنب دون قدره  
على التعبير عنه كخوف ومواجهه الخطر بأسلوبين اما بمحاربتة أو بالهروب منه فتكون للخوف  
وظيفه حيويه فهو يستثير التهيؤ الجسمى للتصرف السريع فى مواجهه الخطر سنواء  
بمحاربتة أو بالهروب منه اذا تترأيد ضربات القلب وبسرعة التنفس فيزيد الاوكسجين الذى يدخل  
الجسم ويثيرز الادرنياىمين فى الدم . اما اذا عجز الفرد عن استخدام هذا التهيؤ  
الجسمانى اما لعدم وجود موضوع خارجى للخوف أو لعجزه عن مواجهه هذا الموضوع وتتنوع  
مصادر الخوف الذى لا يظهر له مسببات واضحه فى الواقع الخارجى وهناك ابعاد رئيسيه  
فى حياه الانسان تمثل مراكز للصراع الذى يحمل مصدر تهديد مستمر فالطفل يشغل

منذ مولده بالتواصل مع الآخرين وبصبح فرداً له ذات وهذا يتوقف على ما يتجسده واقعهُ فإن لم تتبلور هذه الذات في احساس منسق في مرحله مبكره فانه في مواجهه ضغوط الحياه يجند نفسه ممزقاً في عالم أشبه بعالمه وهو رضيع . ويهتم الطفل وينشغل بربط الاجزاء المتفرقة من المشاعر والاحساسات في خسرته متكامله . ويمكن تدريجياً ان يربط بين خبره وآخري الى أن يمل الى نظام أى بناء فيتعرف به على ذاته وعلى العالم من حوله . ويتفاعل فيه وهو بذلك يكون قد حقق قدراً من التكامل يصبح نفده مشيراً للخوف الشديد المهدد بقاءه وابادة الذات .

ومن خلال معاشه الطفل للآخرين تتشكل " الابنيه " التي ينشئها لذاته ومدى تقبله لها . واحياناً يمكن اعتبارها " معانى " فنحن نحيا ونتفاعل من خلال هذه المعانى فهى التى تعطى عالمنا معنى الانتظام وعندما تخطئ احدى توقعاتنا نستشعر الخوف من أن نكون قد اخطأنا فى كل المعانى وليس فى احداها فقط . وعندما نواجه فى حياتنا التباين بين هذه المعانى أو الابنيه وبين الواقع نستشعر الخوف والاحباط والغضب والعدوان واحياناً الاكتئاب .

وفيهما نتقدم قد أوضحت ( دورشى رو ) ان ميكانيزم الانكار للخوف والهروب بدرجات متفاوتة ونشأته من التضاد والتنافر بين المعانى والابنيه التى يقيمها الفرد لذاته وبين التهديدات الخارجيه مما يشعره بالخوف .

وهذا مقابل الفكرة التى قدمها ( صلاح مخيمر ) عن ميكانيزم العزل والتجنب الذى قدم فى صوره متصل بجعل من الامكانيه تقديم تصنيف للأعصبه والاذهنه بناء على ذلك بالاضافه الى اظهار التباين بين الانماط والحالات العيانيه المختلفه . أى ان ميكانيزم الهروب والانكار

عند ( دورشي رو ) يتأبل ميكانيزمات التجنب والعزل عند ( صلاح مخيمر ) . وقدم كل منهما التفسير والبرهان على فكرته عن جد وله الخوف الى كل من الاضطرابات العصابيه والذهانيه فكلاهما ينتمى الى الاتجاه السيكيوبيناى والكلينيكى

نظريه ( أدولف ماير - Adolf M ١٨٦٦ - ١٩٥٠ )

تقوم نظريته على تأكيد دور الوراثة والبناء وخبرات الحياه وضغوط البيئه ويبرى ان سبب العصاب عاملان هما العامل الاول مستويات الطموح غير الواقعيه التى لا تتناسب مع امكانيات الفرد المختلفه . والعامل الثانى عدم تقبل الذات . والعامل الاول هو المسئول عن تحقيق الطموحات .

### ( ج ) النظرية الشرطية

تعتبر افكار ( بافلوف ) بنظرية النشاط العصبى الراقى ويقصد بها ميد تأثير تأثير الجهاز العصبى الى اكبر عدد ممكن من اوجه نشاط الكائن العضوى ويقوم هذا التأثير العصبى على اساس عمليه الترابط أو الانعكاس الشرطى . فأصغر الاحداث أو التغيرات فى العالم الخارجى أو العالم الداخلى العضوى للكائن يمكن ان ترتبط بحالات عصبية معينه مما يسمى بالفعل المنعكس الشرطى .

ويعتبر ( بافلوف ) التأزير بين النظم الثلاثه الآتيه أساس الصحة النفسيه للفرد أو النشاط العصبى السوى :-

١- نظام الافعال المنعكسه غير الشرطيه المتمركزه تحت اللحاء وتشمل الغرائز والدوافع والانفعالات وتلتصق بالتصفيه الكروبيير، للمخ .



١- نظام الاشارات المباشرة نتيجة عمل الحواس مثل سماع الصوت أو شم رائحة محدد ه  
أو رؤيه بعض المدركات .

٢- النظام الاشارى الثانى ويوجد فى العصور الاماميه من اللحاء ويعتمد على اشارات  
النظام الأول .

وبناء على التآزر بين النظم السابقه تحدث العويه والخلو من العرض واذا حدث اختلال  
ما أدى الى ظهور فئتين من الامراض فى رأيه الهستريا والاعياء النفسى ( السيكستيا )  
فالهستريا تفكك فى النظام الاشارى الأول أما الاعياء فتفكك فى النظام الاشارى الثانى  
وأء تبر كل من الاعياء والهستريا يصيبان الانسان ولا يصاب بهما الحيوان .

ووجدت هذه النظرية كثير من المعارضين بكيفيه وضع السلوك الحيوانى والانسانى  
على مستوى واحد .

وكذلك حاول ( أبزنك ) فى نظريته للشخصيه ربط فسيولوجيا الجهاز العصبي  
بالسلوكيات الخارجيه . وحسب نظريته فان الاضطرابات النفسيه تنشأ من تكوين  
انعال منعكسه خاطئه بتأثير تفاعل عاملى البيئه والوراثه أى من الاستعداد الوراثى  
للعصاب أو ما يطلق عليه ( عدم الثبات الانفعالى ) وينتج من اضطراب فسيولوجيا  
الجهاز الطرفى أو السطح الانى من الفهم الصدغى أما ابعاد الانطوائيه  
والانبساطيه فمركزها فى التكوين الشبكي وله علاقه بدرجة الانتباه .

- واذا وجدت الانطوائيه مع الاستعداد الوراثى للعصاب تؤدى الى حدوث أمراض  
مثل القلق والعصاب القهرى والاكتئاب . وتتكون الافعال المنعكسه بسهولة ومن الصعب  
اطفائها .

- وإذا وجدت الانبساطيه مع الاستعداد الوراثى للعصاب نشأت الهستريا والنموسوج السيکوباتى للأفراد .

والافعال المنعسكه من السهوله انطفائها ولذلك يتميز من مريض الهستريا بالقابليه للايحاء .

ويتميز الشخص الانبساطى بانخفاض درجه التنشيط الشبكى والشخصى الانطوائى بارتفاع درجه التنشيط الشبكى .

محددات أخرى :-

الحضاره والثقافه والحاله الاجتماعيه لها اثرها البالغ فى تكوين الشخصيه وأيضاً فى ظهور بعض الانحرافات والاضطرابات . فالظروف الاجتماعيه من فقدان بعض الوالدين أو كلاهما . والطلاق والادمان لهم الأثر السلبي على سلوكيات الأطفال . وأجريت العديد من الدراسات حول نظره المجتمعات الى المرض والسويه والانحراف تختلف من مجتمع لآخر . والاختلاف ما بين الريلى والحضر فى انتشار الامراض النفسيه وغيرها يحتاج لمزيد من البحث والدراسه وكذلك ارتباطها بالطبقه الاجتماعيه وخصوصاً الطبقات الاجتماعيه والاقتصاديه غير محدده تحديد دقيق فى مجتمعنا كما لا يوجد احصائيات دقيقه .

- اساليب المعامله الوالديه والترتيب العيلاوى للطفل والعلاقات داخل الاسره بين الأخوه وأيضاً الاستعداد الوراثى وانفعال بعض الجينات من أحد الابوين . فقد وجد ان بعض العلائلات لديهن استعداد وراثى لالصابه ببعض الامراض النفسيه والعصابيه .

- ٢١٧ -

- الضغوط التي يتعرض لها الفرد في حياته وشدتها وازمانها .
- سرعة التغير الاجتماعى وصعوبه التكيف فى التشكل الحضارى السريع .
- ضعف بعض القيم الدينيه والخليقيه فى مواجهه التطلعات الفرديه وتحقيق الرغبات الفرديه .

## الهستيريا

### أولا : مقدمة :

يشمل لفظ هستيريا مجموعة من الاضطرابات الجسدية والنفسية وتعرف بأنها مرض عصبي يتميز بظهور علامات وأعراض فرضية بطريقة لا شعورية . وهذا اللفظ من أقدم التعبيرات المستخدمة في ميدان علم النفس المرضى فقد ذكرت الاعراض الهستيرية عند قدماء المصريين في القرن السادس عشر قبل الميلاد ولكن لم يستخدم لفظ هستيريا الا عند اليونان القدامى وهي موجودة عن كلمة ( هستيريا ) الرحم .

وكان الاعتقاد السائد بان الهستيريا لها علاقة بالاعراض العرضية الجنسية للرحم والحرمان الجنسي . ويتم العلاج والتخلص من هذه الاعراض بالعمل على عودة الرحم الى مكانه الطبيعي باستخدام الدهون والزيوت وغيرها . وظللت هذه الفكرة لفترة طويلة . ولذلك اقتصر هذا المرض على النساء دون الرجاء حتى القرن السابع عشر الميلادي حتى أكد ( شارل ) الطبيب الانجليزي أن مرض الهستيريا يصيب الجنسين في مراحل حياة الأفراد المختلفة ومصدر المرض المخ والجهاز العصبي وليس اضطراب الرحم وتجوله في داخل الجسم نتيجة للحرمان الجنسي .

ومع التقدم في النواحي الفسيولوجية والتشريحية ومختلف العلوم أغزى ( شاركو ) الأعراض الهستيرية الى الاستجابة للمتغيرات والعوامل النفسية الضاغطة مبيناً الاستعداد الوراثي للإصابة بهذا العرض . وأضاف ( جانيت ) أنه اضطراب نفسي مكونات الشخصية يؤدي الى تفككها .

وأكد " فرويد وبروير " على دور الخبرة المبكرة في الطفولة وخصوصا الصدمة الجنسية وقام بعلاج حالات الهستيريا باستخدام التداعي الطليق . ولانت هذه الفكرة الكثير من العقْد لاعزاء العرض الى الخبيرة الجنسية الصادمة . وبهذا قدمت نظرية التحليل النفسى الفهم للميكانيزمات اللاشعورية المؤدية لهذا العرض وتأثير خبرات الطفولة فى تكوين الشخصية الهستيرية وقدت بعض الآراء الفسيولوجية وخاصة " بافلوف " فقد أوضح أن المصابين بالهستيريا يتميزون عن غيرهم بوجود قشرة مخية ضعيفة والقشرة المخية تقوم بدور هام فى كف واحباط مراكز تحت القشرة فى المخ . وهذا الضعف يؤدى الى اثاره ما تحت القشرة وتصبح هذه المراكز مصابة بعدم التوازن والاندفاع والتهور . وعند تأثير الضغوط والشحنات تظهر المنعكسات البدائية الاولى دون سيطرة عليا عليها وبالتالي تظهر الأعراض الهستيرية . ويلاحظ مدى التشابه بين القشرة المخية للطفل والشخصية الهستيرية .

### ثانيا : العوامل المهيئة لحدوث الهستيريا :

بعد توضيح مختلف الآراء فى المقدمة السابقة . الا أن ظروف ومتغيرات التشئة الأسرية الاجتماعية . وأساليب المعاملة الوالدية بالذات لها أثر مهم لحدوث الأعراض الهستيرية ومنها :-

١- التدليل الزائد والمبالغة فى مدح الطفل أو الطفلة وتناول سلوكياتهم بالتفخيم والاهتمام الزائد بكل ما يصدر عنه وخصوصا بعد سن الرابعة وحتى العاشرة . وتظهر الأمراض فى مرحلة الطفولة المتأخرة والبلوغ ومع المراهقة بالنسبة للأطفال المدللين .

٢- المبالغة فى حماية الطفل ومنعه من القيام بالأنشطة والمسالك الخاصة

بتوكيد ذاته أو اعطائه المزيد من الثقة بالنفس . وبذلك يصبح الطفل غير ناضج اجتماعيا وانفعاليا لفقده الاحتكاك والتعامل مع الآخرين وتحدث لدى غالبية الأطفال المرضى أما الطفل أو الطفلة الوحيد .  
٣- اشعار الطفل دائما بأنه مميز عن بقية الأخوة أو الأخوات أو الزملاء في الفصل والمبالغة في رعايته اما لمرضه أو لجماله وجاذبيته .

وبذلك يتكون لدى الطفل مفهوم غير حقيقي وواقعي عن ذاته وكأنه مميز في كل شيء وعن مواجهته بالحقيقة أو تعرضه للمشكلات وتحمل المسؤوليات يشعر بالا حباط والفشل . وتظهر الأعراض الهستيرية كوسيلة طفلية لاسترداد الحب والاهتمام والرعاية ولكن هذه المرة طلب الرعاية والاهتمام بطريقة غير سوية .

وتحدث الاضطرابات الهستيرية بين الاناث والسيدات أكثر منها بين الرجال وقد تبلغ نسبة ( ١ : ٥ ) ولكن التعبير عن الانفعالات والضغط ومواجهة الشدائد قد تأخذ صورا أخرى عند الرجال . ففي الحرب العالمية الأولى كثرت الأعراض الهستيرية لدى المحاربين والحرب العالمية الثانية كثرت الأمراض السيكوسوماتية .

ونظرا لحدوث الهستيريا يرجع لعاملين أساسيين هما : الوراثة والبيئة فإذا قدمنا فيما سبق بعض أساليب المعاملة الوالدية المسؤولة عن الاضطراب الهستيري ولكن لا يغفل دور العوامل الوراثية في حدوث الاستعداد للمرض . ويـــزداد حدوث الأعراض الهستيرية في الأطفال وفي سن البلوغ. ومن الصعب تحديد نسبة انتشار الاضطرابات الهستيرية بين الأفراد .

### ثالثا : الشخصية الهستيرية :

تتميز الشخصية الهستيرية ببعض الخصائص الانفعالية والسمات التي تميزها عن غيرها من الشخصيات العصابية الأخرى ومنها :-

١- تمتاز الشخصية الهستيرية بالأنانية ( التركز حول الذات ) . وهو الاهتمام الزائد بذاته وأموره ومصالحه الشخصية دون الاهتمام أو الفطر الى اهتمام الآخرين المحيطين به . مع محاولة جذب الاهتمام الدائمة نحوه من قبل الآخرين والاستعراضية والمبالغة في كثير من الاصابة في الملبس والمظهر بصفة عامة ولفت أنظار الآخرين .

٢- العلاقات بين الشخصية تنصف بالتعدد والاتساع . أى كثرة الصداقات إلا أنها علاقات سطحية بدون دراسة أو اهتمام . بجانب وجود عدم الاتزان أو الاستقرار الانفعالي فانها دائمة متغيرة .

٣- الشخصيات الهستيرية تتميز بعدم الاعتماد على النفس والتوكل ولا يتحملون المسؤولية الذاتية أو المسؤولية تجاه الآخرين ويعبرون عن ذلك بعدم القدرة أو التمازض والهروب من المواقف التي تحتاج الى مجهود ومثابرة .

٤- تتميز الشخصية الهستيرية بعدم النضج الانفعالي : ويعنى ذلك التغير السريع في الانفعال من حالة لأخرى . وعدم الثبات الانفعالي والتذبذب في تكوين العاطفة نظرا لعدم ثبات الحالة الانفعالية . وعدم القدرة على ضبط الانفعالات أو التعبير عنها بطريقة ثابتة مستمرة تميز هذه الشخصية بالعلاقات الاجتماعية في العمل أو في أى مجال بعدم الاستقرار .

٥- تتميز الشخصية الهستيرية بالقابلية للإحياء . وهو تقبل أفكار وآراء الآخرين دون نقد أو مناقشة والتأثر بها . ويتفاعل مع الاحداث والشخصيات المشيرة

انفعاليا . ويشبه فى ذلك الحالة الانفعالية الطفلية ولذلك يستخدم الایحاء

فى علاج الحالات الهستيرية فى كثير من الاحوال .

- ٦- عدم التحكم فى الانفعال وضبطه ونظرا للتغير السريع للحالة الانفعالية لدى الفرد الهستيرى فأحيانا ما يبتأبه شحنة انفعالية قوية من سرور وابتهاج ونشوة وسرعان ما تتقلب الى حزن وغضب وتظهر بعض المواقف المسرحية فى وجود الآخرين وهذا ما يميز النوبات الهستيرية لجذب انتباه واهتمام الآخرين من حوله .
- ٧- القدرة على التعدد فى الشخصية . ونظرا لاسباب السابقة نجد أن الشخصية الهستيرية تستطيع الانقلاب ( الانفصال ) من خصائص انفعالية مميزة لشخصية ما الى خصائص انفعالية أخرى تتلاءم مع الموقف الجديد أى أنهم يمتلكون القدرة على الهروب من المواقف وسرعة التغير .

#### رابعاً : تصنيف الأمراض الهستيرية :

تعتبر الأعراض الهستيرية أكثر الأعراض العصابية انتشاراً لأنها تشتمل على كل من ردود الفعل العصابية النفسية والجسدية معاً . كما أن بعض الأعراض والاضطرابات الهستيرية كثيراً ما تصاحب الأمراض النفسية أو العقلية وأحيانا مع الأمراض العضوية المزمنة . وبعد أن قدم " فرويد " تفسيره لحدوث الهستيريا وعلاج الحالات الهستيرية قامت هناك محاولات لتصنيف الأعراض الهستيرية منها تصنيف " كامبيرون " " جاك روسترينج " و " عكاشة " وسنقدم التصنيفات الثلاث من صورة مقارنة .



## تصنيف الامراض الهستيرية

أولا : "علاشة" :

| اضطرابات الهستيرية   |                       |                        |                          |
|----------------------|-----------------------|------------------------|--------------------------|
| تحولية C.D           |                       |                        |                          |
| التشخيصية الانشاقية  | حشوية                 | حسية                   | حركية                    |
| - فقدان ذاكرة        | - المصراع             | - فقدان الاحساس        | - الشلل                  |
| - الشرود الهستيرى    | - الغثان أو القسي     | - العمى الهستيرى       | - فقدان الصوت            |
| - شبه العته الهستيرى | - الهستيرى            | - الصمم الهستيرى       | - ارتجاف الاطراف         |
| - تعدد الشخصيات      | - الحمل الكاذب        | - فقدان التذوق أو الشم | - اللإزم                 |
| - الجوال اللالى      | - فقدان الشهية العصبى | - الامم الهستيرى       | - النبوات الهستيرى       |
|                      | - صعوبة التنف         |                        | - الغثبات الهستيرى       |
|                      | - الام بالنظم         |                        | - الاضطرابات الجلدية     |
|                      |                       |                        | - الجوال الهستيرى والسير |
|                      |                       |                        | - الهستيرى               |

ثانيا : تصنيف " كايرون "

- المهستيرية التوقفية

- فقدان الذاكرة
- فقدان الشهية
- الغل وفقد الاحساس
- فقدان البصر

الاضطرابات المهستيرية الارادية

- الانع
- فقدان الذاكرة
- الخراجات
- تعدد الشخصيات
- المشي اثناء النوم

ثالثا : تصنيف ( جاك روى سترينج )

الذوات المهستيرية

حالات التملك المهستيرى  
- فقد الذاكرة

المهستيرية التحولية

- من عرض التصنيفات الثلاث السابقة يتضح الآتسى :
- الهستيريا التحولية فى تصنيف عكاشة هى نفسها عند " جاك سترينج " وتقابل التوقفية عند " كامبرون " . والهستيريا اللا ارادية عند ( كامبرون ) تقابل التفكير عند كل من " عكاشة " وسترينج " .
  - العملية الداخليه النفسية فى حالات الهستيريا التحولية هونحول للمصراع النفس والتوتر بعد كبتة الى عرض عضوى أو جسمى وله معناه الرمزى وقد أظهرت ذلك نظرية التحليل النفسى ولكن لا يدرك الفرد الهستيرى العلاقة بين العرض العضوى والسبب الخفى وراءه وبذلك يتم التحول لاشعوريا . وأحيانا لاراديا كما فى الهستيريا التفكيرية عند كل من " كامبرون " ، " عكاشة " .
  - والهستيريا التحولية ( الحسية ) عند " عكاشة " تقابل التوقفية عند " كامبرون " من وجهة نظر فقد العضو للاحاساس من حيث الوظيفة وهى ماعبر عنها كانون بتوقفه عن أداء وظيفته .
  - النوبات الهستيرية فى تصنيف " سترينج " هى نفسها عند عكاشة فى الهستيريا التحولية ( الحركية ) .
  - التصنيف الذى وضعه " عكاشة " اشتمل كل أنماط الاستجابات الهستيريا أو بمعنى أوسع للاضطرابات والأعراض الهستيرية .
- وواضح به الربط بين العضو الذى اشتغله الاضطراب هل هو حركى أم حسى أم حشوى أم ادراكى وعقلى . وهذا واضح من التصنيف السابق .

### خامساً : هستيريا التبدلين والأمراض اليكوسوماتيه :

غالبا ما يختلط الأمر بين الأمراض السيكوسوماتية والهستيريا التحولية ( التبدينية )  
( Conversation Hysteria ) في مظاهر الأعراض . فالأعراض نفسي  
كليهما أعراض جسدية كتعبير عن الانفعالات . ويمكن التمييز بين كل منهما في أوجه  
الاختلاف الآتية :

١- من حيث دلالة العرض ومغزاه :

فالأعراض في هستيريا التبدلين أعراض فيزيائية تمثل بشكل متكرر اشباعا لرغبة غريزية  
لا شعورية أو كفا لها أو الأمرين كليهما . مما يجعلها تعبيرا رمزيا عن صراع لا شعوري  
ومن هنا تتطوى الأعراض الفيزيائية على دلالة . وان لم تكن شعورية بالنسبة الى صاحبها  
بخلاف الأعراض السيكوسوماتية التي تخلو من كل دلالة رمزية للعرض الخاص بعضوما ( أى  
ليست هناك أدلة لهذه الرمزية حتى الآن ) . ومعظمها أعراض شعورية ناتجة عن ازمان  
الانفعالات النفسية واستمرارها لمدة طويلة مع بقاء المثير الخارجى أو الداخلى المسئول  
عن هذا الاضطراب مع الاستعداد الوراثى السابق على الإصابة ونمط الشخصية كعامل  
محدد .

أ - الانفعالية أو هي المغالاة الهائلة فى القابلية للايحاء وعدم الاستقرار الانفعالى  
التفكك ، تفجرات انفعالية فى نوبات من البكاء أو الصراخ .

ب - الشعورية : انعدام الحساسية ( Anesthesius ) واضطراباً  
الوظائف الحسية من عمى أو صمم . . . . الخ . النوم ، الأوجاع الهستيريه  
تقدانات الذاكرة .

- ج - الحركية : شلل حركى ( دفاع فعل ) - شلل ارتعاشى - نوبات تشنجية - قصورات فى التناسق الحركى - الخرس الهستيرى .
- د - الأعراض الأكثر خطورة : الولع بالأكاذيب - الهلوسات - الجولان النائم - التخشب - الخبل الكاذب . ولو أن اللوحه الكلينيكية لهستيريا التبدى تنكثية الشكل الى أبعد حد .

ويحدث لعريض هستيريا التبدى ( التحويلية ) أعراض تحويلية نتيجة لمواجهة مشاكل أو موقف لم يستطيع الفرد حلها أو تقبلها فتظهر عليه الأعراض للمجديية وبذلك يتحقق للمريض هدفين هما حماية نفسه من مواجهة هذا الموقف ، ولهذا يلاحظ على مريض هستيريا التبدى عدم الاكتراف بالعرض رغم مايسببه من اعاقبة نظرا لما يحققه من هروب عن مواجهة الموقف . ويستدر بهذا العرض عطفف واهتمام المحيطين به ولذلك يلاحظ حدوث النوبات التشنجية أو النوبات الهستيرية دائما فى وجود الآخرين . ولكن فى مرضى الأمراض السيكوسوماتية فلا يوجد للعرض دلالة رمزية أو هدف . وليست اشباكات بديله عن انفعالات مكبوتة كما هو الحال فى التحول . بل هى أحداث فسيولوجية ما يصحب هذه الانفعالات . وتعتبر من هذه الناحية اعداد الكائن الحى ، ولكنه اعداد جسمى أى توافق داخلى ( التأثير ) على حد تعبير ( كانون ) ولكى يكون التكيف وبالتالى تخفيف التوتر كاملىين فلا بد من توافق خارجى التأثير . أى فعل متكيف مع الواقع أو على الأقل تعبير مناسب عن الانفعال . وعندما تترن حالة من هذا القبيل تصبح مرضية ومصدر للعرض .

## ٢- من حيث سيطرة الجهاز العصبى :

تختلف الأعراض الهستيرية عن الأعراض السيكوسوماتية فى أنها تنشأ فى الأعضاء التى يسيطر عليها الجهاز العصبى الارادى . فنجدها تصيب الوظائف الراحية كحركة الأطراف أو العمليات الادراكية كالبصار أو الأحبال الصوتية ولذلك تكون لها طبيعة ارادية الا أن الأمراض السيكوسوماتية تحدث فى أجزاء من البناء الجسمى التى تستثار بواسطة الجهاز العصبى المركزى اللا ارادى كالمعدة والشعب الهوائية فى الرئتين والجلد والشرابين وهى أعضاء لا تخضع للتحكم الارادى ما عدا التهاب المفاصل الروماتيزمى الذى يسبب تلفا للعضلات الهيكلية ونوبات من الألم المستمر رغم أن العضلات الهيكلية يسيطر عليها الجهاز العصبى اللا ارادى ولهذا اشارت تلك الفئة المرضية اعتراض بعض الأطباء على الشروط التى ذكرتها رابطة الطب النفسى الأمريكى للشرط الذى ينص على سيطرة الجهاز العصبى اللا ارادى على الاعضاء والأجهزة التى يشملها المرض السيكوسوماتى . ورغم ذلك تعتبر الجسميات الآن ضمن الفئات السيكوسوماتية التى تعتبر اصابة عضوية فى بناء الأنسجة وليست اضطرابا وظيفيا فى آلية عمل العضلات أو المفاصل أو الشرايين والأوردة المغذية لها مثل الصداع النصفى .

## ٣- من حيث الميكانيزم الدفاعى المستخدم :

تتميز هسنيريا التبدلين بميكانيزم الكبت . فبرى واربن ، ١٩٣٤ " أن الهستيريا هى عصاب نفسى ينجم عن صراع ما بين الأنا والنزعات البدائية للهوى حيث تتعرض هذه النزعات الأخيرة للكبت ومن ثم تكون بذلك مستبعده من التعبير الشفوى المباشر

ويفترض أن المادة المكبوتة اللاشعورية تجعلها منصرفة فيزيائيا غير مباشر عبر التبدبين  
 • ما يتمخض عن الأعراض الهستيرية . ويؤكد هذا ما توصل اليه ( فرويد ١٨٨٥ ) من  
 أن الهستيريا تنجك عن صدمة نفسية لا يكون للمريض عنها تذكر شعوري  
 يستخدم هذا للدلالة على عدم الاستقرار الانفعالي والايحاء . وعند ما يجد الصراع  
 المكبوت اللاشعوري تعبيرا في اضطراب فيزيائي فان ( فرويد ) أطلق على ذلك  
 ( هستيريا تبدين ) .

بينما نجد أن أهم ميكانيزم دفاعي لدى المرضى السيکوسوماتيين هو الانكسار  
 وقد سجل ( فيشر ) مقابلات شخصية لعشرين مريضا ( ١٢ رجل ، ٨ سيدات )  
 وكل منهم له تاريخ حالي أو ماضى لمرضين أو أكثر من الأمراض السيکوسوماتية . وهؤلاء  
 المرضى من فئات مرضية مختلفة وتم التأكد من التشخيص . وتم استخراج صنفين مميزين  
 لهم :

- ١- بيد والعنكون الأساسي لفكرهم ومعتقداتهم من انعكاسات على زيادة التوفيق فسي  
 التفصيلات النافه للأحداث الخارجية المحيطة بهم أو الأفعال . وفي هؤلاء المرضى  
 لا يوجد تخيلات مميزة تعبر عن المشاعر الداخلية أو الدوافع لديهم . وتبدو  
 أفكارهم سطحية عديمة التمييز .
- ٢- أن هؤلاء المرضى يختلفون عن الذين يعانون من الاضطرابات العصابية والذهانية  
 في كثرة تخيلاتهم الداخلية وعدم تمييز تعبيراتهم عن مشاعرهم . ولهذا يعتبر  
 لديهم الامكانية الكافية على تحمل معاناة المشاعر والتعبير عنها داخليا  
 وهذا ما يوضحه ميكانيزم الانكار بمفهومه السيکولوجي .

## الاكتئاب

أخذت معظم الاضطرابات الوجدانية الاهتمام الكافى بها فى جوانب شتى لعنوا طويلا . لكن الاهتمام بدراسة الاكتئاب ازداد فى العقديين الآخرين فقط من وجهة النظر المعرفية . على الرغم من أنه أكثرها انتشارا أوشيعا فينتشر بنسبة (٥%) بين المجموع العام كمرض . وبنسبة واحد من بين كل عشرة أفراد كنوية اكتئابية وهذه النوبات تنتهى بنسبة (٢٥%) بعد مرور شهر بدون مساعدة أو علاج وتنتهى الأعراض بنسبة (٥٠%) بعد ثلاثة شهور بدون تدخل علاجى (أمينسون وليونيسون Williams & Levinsohn ، ١٩٨١) . ولقد لخص (وليمس Williams ١٩٩٢) أسباب تأخر الدراسة فى مرض الاكتئاب الى ثلاثة أسباب أساسية وهى :

أولا : يبدو الاكتئاب وكأنه ناتج عن اضطراب بيولوجى أكثر منه نفسى والتطور الذى حدث فى أدوية مضادات الاكتئاب ونتائجها دعمت هذه الفكرة التى تعزى حدوث الاكتئاب الى الاختلال فى المكونات الأمينية فى المخ .

ثانيا : الأعراض الخاصة بالاكتئاب كثيرة ومتنوعة . وكان ينظر الى أعراض الاكتئاب ككف أو انطفاء . وترجع هذه الأعراض الى فقد التعديس من المحطين بالفرد فيضعف السلوك والنشاط للفرد .

ثالثا : يعزى حدوث الاكتئاب الى رد فعل لصدمة كبيرة وظهور الاستجابات الاكتئابية لهذه الصدمة . وعند حدوث الاكتئاب فى حالة عدم وجود



صدمة يرجع اعزاء حدوث الاكتئاب الى الاستعداد لهذا الاضطراب .

وهناك الكثير من الأنكار المعاصرة التي أكدت على الدور المركزى للعوامل المعرفية فى حدوث الاكتئاب . فقد أشار ( بلاكيون وآخرون ، ١٩٢٩ ) الى أن العدائية العامة فى اتجاهيها أى العقابية الداخلية والخارجية التى تقاس باختبار العدائية واتجاهيها ( HDHO ) تعكس الافكار ووجهة النظر السالبة والنظر المسقط لدى الاكتئابيين . ويمكن النظر الى العدائية كمفهوم معرفى وكجزء من الاتجاهات العامة السالبة التى تؤدى الى الانفعال الاكتئابى العلاقة بين العامل المعرفى والانفعالى معروفة منذ فترة طويلة فوجد كل من ( سكاكثير وسنجر Schachier & Singer ) أن الانفعالات التى يظهرها الأفراد تعتبر وظيفة للموقف المعرفى وبذلك يعتبر الانفعال رد فعل لحدث داخلى معرفى ( دافيد وآخرون David et al ، ١٩٩١ ) .

ويؤكد كل من ( فالينس Valins ، ١٩٦٦ ) و" لازاروس Lozarus ، ١٩٦٦ ) و ( الينس Ellis ، ١٩٦٢ ) و ( ماهوتى Mahoney ، ١٩٢٤ ) على أن الأحداث الداخلية للفرد مصدرها المعلومة المعرفية . وعندما يظهر على الفرد مظهر انفعالى واضح يعتبر رد فعل للجانب المعرفى وأشهر نظرية معرفية وضعت للاكتئاب هى نظرية " بيك " ( ١٩٦٢ = ١٩٨٢ ) والتى حدد فيها الانحراف الأساسى فى تفكير الاكتئابى فى ثلاث اتجاهات أطلق عليها

الثلاثي المعرفي السلبي وهي النظرة السالبة للذات والحاضر والمستقبل وبوجود بعض الظروف البيئية تظهر بداية الصبغة السلبية للأفكار ومن هنا تغيرت النظرة للعالم في كتاباته الحديثه وطبقا لوجهة نظر " بيك " فإن الأعراض الأخرى مثل النواحي الوجدانية أو الدافعية تعتبر ثانوية بالنسبة للانحراف المعرفي لديهم ( بيك Beck ، ١٩٧٩ ) وتبعاً لنظرية ( بيك ، ١٩٨٢ ) التي ابرزت الخصائص المعرفية المميزة لمعتقدات وأفكار الاكتئابيين عن غير الاكتئابيين من مرضى وأسوأه :

- ١- السلبية Negativity أفكار الأشخاص المكتئبين أكثر سلبية عنه  
لدى غير المكتئبين .
- ٢- الثلاثي Triad ويتميز الأفراد المكتئبون بنظرة سلبية الى الذات ( S )  
والعالم ( W ) والمستقبل ( F ) وهذه النظرة السلبية تشمل كل فئات  
الاكتئاب الاحادى القطب . وهذا النمط من أنماط الاكتئاب الذى اهتمت  
به نظرية " بيك " .
- ٣- التلقائية Automnaticity الأفكار والمعتقدات السالبة تتكرر بتلقائية  
وغير متعمدة ولكن غير قابلة للسيطرة عليها .
- ٤- المنع أو الصد Exclusivity تشيع بين الاكتئابيين الأفكار السلبية  
ولديهم صد تلقائى للأفكار الايجابية ومحاولة استبعاد التنبيهات الشخصية  
الايجابية للأفراد الآخرين .

وترتبط المعارف السالبة لمرض الاكتئاب مع شدة الاعراض غير المعرفية  
للاكتئاب والأفكار الاكتئابية السالبة تعكس أسس العملية المعرفية مثل التذكر الاختيارى

للمواقف السلبية والحزينة أو تحريفات الواقع.

ويوضع الاكتئاب ضمن الاضطرابات الوجدانية في كل من DSM III دليل تشخيص الأمراض العقلية الذي تصدره رابطة الأخصائيين الأمريكية , ICD-9 دليل تشخيص الأمراض الذي تصدره منظمة الصحة العالمية . وينقسم الاكتئاب الى فئتين . ثنائى القطب Bipolar ويتميز بنوبة هوسية ونوبة اكتئابية بالتبادل والاكتئاب أحادى القطب Unipolar وينقسم بدوره الى نوعين هما الاكتئاب الأساسى ( MDP, Major depression disorders ) والاضطراب الدايمى Dythymic disorders وهذا الأخير يتميز بنوبات اكتئابية مزمنة متوسطة الشدة . وتحدث لمدة سنتين على الأقل ولا يصاحبها ميلانكونيا ( النظرة السوداوية ) . وأجريت محاولات لتقسيم الاكتئاب من حيث المنشأ الى endogenous داخلى المنشأ وخارجى المنشأ exogenous مع الأخذ فى الاعتبار معيار الأحداث الخارجية المسؤولة عن الاكتئاب الخارجى المنشأ . والتعريفات فى المركبات الأينية فى المخ فى الاكتئاب الداخلى المنشأ ولكن وجد الجديد من الباحثين والعلماء . أن أحداث الحياة وضغوطها توجد فى الاكتئاب داخلى المنشأ مثل بقية فئات الاكتئاب مثل ( بيكيل Paykel , ١٩٨٩ ) . كما أجرى أوفنرال وهولستير ( Overall & Hollister , ١٩٦٦ ) تحليلاً هاملياً لأعراض كل من الاكتئاب التفاعلى والداخلى المنشأ فحصلوا على أربعة أنماط وهى الاكتئاب القلقى ( anxious d ) والاكتئاب التهيجى ( agitated d )

والاكتئاب العدائى ( Hostile d ) والاكتئاب المتأخر ( retard )  
 ووجد ( يونج وآخرون Young, et al ، ١٩٨٦ ) أربع مجموعات مقسمين  
 الى مجموعتين حسب وجود أو عدم وجود النظرة السوداوية ( anhedonia )  
 او وجود مظاهر الخمول Vegetative مثل التغير فى الشهية والنوم . كما  
 أجريت محاولات لظهار تاريخ أسرى لكل فئة ولكنها لم تصل الى نتائج مميزة لكل  
 فئة . أكد ( روبنس وآخرون Robins, et al ، ١٩٩٠ ) أن الاكتئاب داخلى  
 المنشأة لا يعتبر فئة تدل على سبب حدوث الاكتئاب ولكنها زملة من الأعراض محددة  
 وبقية الفئات ممكن تسميتها اكتئاب غير داخل أو تفاعلى ( reactive d )  
 كما أشار اليه ( سبيتزر وآخرون Spitzer et al ، ١٩٧٨ ) فى الأعراض  
 المحددة التالية :

- ١- مشاعر ذنب عالية ٢- الاستيقاظ المبكر فى الصباح مع المعاناة من الأرق .
- ٣- فقد الشهية وفقد الوزن ٤- التأخر الحركى النفسى والخمول .
- ٥- فقد الاهتمامات البيئية والاستمتاع بالأنشطة المعتادة .
- ٦- نقص الدافع الجنسى . وهذه الأعراض الستة المحددة تتشابه مع أعراض الاكتئاب  
 الأساسى ( MDD ) .

وفيما يلى مقارنة بين تصنيف (DSM III) وتصنيف (ICD-9) للاكتئاب أحاد القطب  
 .unipolar

| نظام التصنيف | أنماط الاكتئاب الأساسى (MDD)                    |                                                            |                 |                                                                     | الاكتئاب الثنائي (DD) |
|--------------|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------|
|              | غير نموى                                        | يشتمل على الميلانكوريا                                     | بدون ميلانكوريا | مع مظاهر ذهانية                                                     |                       |
| DSM III      | الاكتئاب البهري<br>والنشط الاكتئابى             | ميلانكوريا لا إرادة                                        | ألمعية اكتئابية | يشتمل على ميلانكوريا<br>لا إرادة - اكتئاب ذاتى<br>تفاعلى            | ألمعية اكتئابية       |
| ICD 9        | الاكتئاب التفاعلى<br>البهري والنشط<br>الاكتئابى | الاكتئاب داخل<br>المنشأة ويشتمل على<br>ميلانكوريا لا إرادة | اكتئاب تفاعلى   | الذهن اكتئابية - اكتئاب<br>تفاعلى ذاتى - اكتئاب ذاتى<br>نفس المنشأة | اكتئاب مصابى          |

وواضح من التصنيفين بالجدول السابق التداخل بين الاكتئاب الأساسي والاضطراب الدائشيكي بوجود الأعصاب أو الاكتئاب العصبي في كل منهما . وأيضاً وجود الاكتئاب التفاعلي في ثلاث فئات تبعاً لتصنيف ICD-9 ( وجوده مع الفئة التي تشتمل على المظاهر الذهانية بالإضافة الى الميلانكونيا في تصنيف DSM III ) . ومن هنا يصعب التمييز بين الفئات الأربع للاكتئاب الأساسي . ويتضح أيضاً أن الاضطراب الدائشيكي يشتمل فقط على الاكتئاب العصبي وهو ليس موضوع اهتمام الدراسة الحالية . ولهذا انتصرت الباحثة عينة البحث على مرضى الاكتئاب الأساسي هذا بالإضافة الى التطابق المتأخر في تصنيفاته لأربع فئات في كل من ( ICD -9, DSM III ) .

#### الاكتئاب الأساسي : Major depression :

- هو أهم فئة وأكثر شمولاً في الاكتئاب أحادي القطب . ولقد وضع " سبيسرز وآخرون " ١٩٧٨ || مجموعة الأعراض التي تميز الاكتئاب الأساسي . وهي الفئة التي تناولها " بيك " في نظريته ، ويصيب الفرد لمدة أسبوعين بأعراض اكتئابية حادة وأحياناً يصاحبه ميلانكونيا أو بدون ميلانكونيا أو مظاهر ذهانية وهذه الأعراض هي :
- صعوبة الدخول في النوم أو النوم لمدة طويلة .
  - الشعور بالتعب والاجهاد وانخفاض نشاط الفرد .
  - التأخر الحركي النفسي والشكوى الجسدية بدون مرض جسدي .
  - مشاعر ذنب عالية لدرجة وهمية .
  - عدم القدرة على التفكير أو التركيز .
  - تراود الفرد فكرة الانتحار أو قياه فعلاً بمسلك انتحاري .

- فقد الشهية ونقص الوزن أو في بعض الاوقات زيادة الشهية وزيادة الوزن -

ونقدم مجموعة من الدراسات عن الاكتئاب :

أولا : دراسات خاصة بالفروق بين الجنسين في نسبة انتشار الاكتئاب أو فترات حدوثه :-

دراسة ( أمينسون وليونيسهون ) ( Amenson & Levinson ، ١٩٨١ )  
وشملت تلك الدراسة ( ١٠٠٠ ) فرد من المجتمع - فوجدا نسبة انتشار الاكتئاب بين الاناث أعلى منه لدى الرجال - ولكن وجد أن نوبة الاكتئاب لأول مرة في حدوثها تصل نسبتها الى ( ٧١٪ ) في الرجال وفي السيدات ( ٦٩٪ ) ولكنها تستمر لمدة أطول مع السيدات ويحدث للسيدات في عمر زمني أقل من عمر الرجال - ونسبة ( ٢١٨٪ ) من السيدات تصاب بنوبة الاكتئاب مرة أخرى بينما تصل في الرجال الى ( ١٢٩٪ ) - أعزى الباحثان هذه الظاهرة الى كثرة الضغوط الحياتية على النساء من عمل وعناية بالأطفال بالإضافة الى التعبير الهرموني وخصوصا أثناء الدورة الحيقية .

وفام كل من ( جيرسون وليهيووتر Gershon & Liebowitz ، ١٩٧٥ )  
باستخدام كل من تصنيف ICD-9, DSM III في تصنيف الاكتئاب فوجدا أن الاكتئاب لدى السيدات أحادى القطب أكثر منه لدى الرجال بئارق دال احصائي في كل من الدنمارك وانجلترا واسكتلندا واستراليا وكندا واسرائيل وويلز .

وأكد كل من ( وايزمان وكليerman Weissman & Klerman ، ١٩٧٧ )  
أن الاكتئاب بين الاناث ثلاثة أضعافه بين الرجال - وأعزى ( براون وهارييس Brown & Harris ، ١٩٧٨ ) الاكتئاب بين السيدات بنسبة أكبر عنه لدى

الرجال الى زيادة ضغوط وأعباء الحياة على السيدات وخصوصا العائلات بالاضافة الى ضعف التدعيم الاجتماعي لهن .

وفى دراسة ( سيوسان وهوكسيما Susan & Hooksema ، ١٩٨٢ ) عن الفرق بين الجنسين فى مرض الاكتئاب أحادى القطب وأعزوا ارتفاع نسبة حدوث الاكتئاب الآحادى القطب بين الاناث عن الذكور لأن الرجال يميلون الى النشاط أكثر تجسّاء الاستجابات والمشاعر السلبية لديهم ولهذا يظهروا أكثر تكيف من الاناث وأيضاً الاناث أكثر تشاؤم وأقل نشاط .

دراسة | روسينثال Rosenthal ، ١٩٧٨ ) حيث افترض عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بينهم لصالح الاناث .

وكذلك قام كل من ( ستانجلير برينتز Stanger & Printz ) بجمع التشخيص الخاص بطلاب جامعة واشنطن من العيادة النفسية للطلاب فوجدوا من بين ( ٣٢ ) حالة اكتئاب ( ١٨ ) اناث ، ( ١٤ ) ذكور وتم تشخيصهم كإكتئاب أساسى والفروق فى الأعراض غير دالة .

قام ( فادينس Fadens ، ١٩٧٧ ) بحصر مرضى الاكتئاب خارج المستشفيات فى الفترة من ( ١٩٧٤ - ١٩٧٥ ) فوجد فروق دالة احصائيا بين الاناث والذكور لصالح الذكور فى الاكتئاب الذهاني .

ثانياً : دراسات خاصة بالأسلوب المعرفي لدى مرضى الاكتئاب ومقارنتهم  
بمجموعات أخرى من اضطرابات مختلفة أو أسوياء . وجمعت الباحثة الدراسات السابقة  
في هذا القسم في اتجاهات ثلاثة وهي فكرة الاكتئابى واعتقاد « عن ذاته وعن المستقبل  
والعالم .



# ١) دراسات خاصة بالذات لدى الاكتئابيين ومجموعات أخرى :

| الاسم                                                             | المهنة                                                                                                         | الأدب                                      | الكتاب                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| لأرنا وديكارلسون وجيوسبر<br>Asarnow, Carlson &<br>Guthrie ١٩٨٧.   | ١٤ اكتئاب، ١٦ غير اكتئاب<br>في عصر ما قبل المراهقة                                                             | اختبار تلتير الذات<br>الكتابة              | غير الاكتئابيين أعلى في تلتير الذات<br>والمتكئين حصلوا على درجات منخفضة<br>في الكتابة الجسدية والاحدية |
| بيك وسفير وإيستين وبراين<br>Beck, Steer, Epstein &<br>Brown ١٩٩٠. | ٢٢٨ حالة اكتئاب لحادي اكتئاب،<br>٢٢٩ اكتئاب نشي اكتئاب، ٢٢٩<br>اضطراب قلق، ٤٩ اضطرابات<br>سيكاثية أخرى         | اختبار بيك لفهم الذات                      | مرضى الاكتئاب بتوقعه أقل من حالات التلق<br>ومعادين مع المجموعة الثالثة (مرضى<br>الاضطرابات السيكاثية)  |
| براين وبيك<br>Brown & Beck ١٩٨٦                                   | ٢٩ مرضي اكتئاب بدون أعراض<br>قلق، ٨٢ اضطراب قلق بدون<br>أعراض اكتئاب، ٢٤ اضطرابات<br>سيكاثية أخرى              | اختبار بيك لفهم الذات                      | مجموعة اضطرابات التلق والاضطرابات<br>السيكاثية الأخرى أعلى ملهوما<br>من مرضي الاكتئاب                  |
| كازدين Kazdin ١٩٨٨                                                | ٥٧ مكتئب، ١٧٤ غير مكتئب                                                                                        | اختبار بيك لفهم الذات                      | غير المكتئب أعلى تلتير الذات                                                                           |
| مككبول وأشرين<br>McCauley et al ١٩٨٨                              | ٤٧ مكتئب، ٣١ غير مكتئب<br>العمر (٧٢-١٧ سنة)                                                                    | ملهاش بيرد وفارس<br>لفهم الذات لدى الأطفال | غير المكتئب أعلى من حيث تلتير الذات                                                                    |
| ديري وكوير<br>Derry Kuiper ١٩٨١                                   | ١٦- مرضي اكتئاب، ١٦ غير<br>مكتئب ومعاني من اضطرابات<br>سيكاثية أخرى، ١٦ أسرياء وكل<br>المهات السابقة من الاناث | اختبار لرتشف الذات                         | الاكتئابيين أعلى من حيث الأوساط الساتية                                                                |
| دولسون وشاف<br>Dolson & Shave ١٩٨٢                                | ٢٤ مكتئب، ١٤ غير مكتئب<br>ومعاني من اضطرابات سيكاثية<br>أخرى، ١٤ مرضي بأعراض جسيمة                             | اختبار لرتشف الذات                         | برعد ارتق، الة بين الاكتئابيين ومرض<br>المسومات في السلية لعالي<br>الاكتئابيين.                        |

## دراسات خاصة بالنظرة للمستعمل لدى الاكتتابيين ومجموعات أخرى :

| الباحث                                          | المنهجية                                                                                            | الأداة                 | النتائج                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ابرامسون وآخرون<br>1978, Abramson et al         | ٨ مرضى اكتتاب، ٨ مرضى اكتتاب مع أعراض لخاصية، ٨ لخاص بدون أعراض اكتتابية ومجموعة شاهدة بأعراض جسدية | اختبار اليأس<br>HS     | الاكتتابيون أعلى من كل المجموعات على اختبار اليأس ومجموعة مرضى الاكتتاب بأعراض لخاصية أعلى من انحصائيين بأعراض اكتتابية |
| كازدين<br>1989, Kazdin                          | ١٧ مريض اكتتاب، ١٧ اضطرابات سيكاثية أخرى<br>العمر (١٢-٧٢ سنة)                                       | مقياس اليأس<br>للأطفال | الفرق دالة إحصائياً على مقياس اليأس لصالح مرضى الاكتتاب                                                                 |
| اسامو و باتس<br>1988, Asarnow & Bates           | ٢٢ مكتتب، ٢٢ غير مكتتب<br>كمجموعة شاهدة<br>العمر (٧-١٤ سنة)                                         | مقياس اليأس<br>للأطفال | يوجد فرق دالة إحصائياً لصالح الإكتتابيين على مقياس اليأس                                                                |
| براين و بيك<br>1989, Brawn & Beck               | ٦٦ مريض اكتتاب بدون أعراض قلق، ٨٢ قلق بدون أعراض اكتتاب، ٢٤ بدون أعراض قلق أو اكتتاب                | مقياس اليأس<br>للأطفال | مجموعة مرضى الاكتتاب بدون أعراض أقل أعلى المجموعات على مقياس اليأس                                                      |
| هاميلتون وأبرامسون<br>1982, Hamilton & Abramson | ٢٠٠٠ مريض اكتتاب، ٢٠ غير اكتتابيين ولديهم اضطرابات سيكاثية أخرى<br>٢٠ أسوأ كمجموعة شاهدة            | اختبار اليأس           | الاكتتابيون أعلى المجموعات على اختبار اليأس                                                                             |

## دراسات خاصة بالنظرة للعالم لدى الاكتتابيين ومجموعات أخرى :

| الباحث                                   | المنهجية                                                                                                                | الأداة                                                               | النتائج                                                               |
|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| جرينبيرج و بيك<br>1989, Greenberg & Beck | ٢٤ مريض قلق بدون أعراض اكتتابية<br>١٧ مريض اكتتاب بدون أعراض قلق،<br>١٥ مجموعة شاهدة من شخصيات أخرى غير الاكتتاب والقلق | مباراة خاصة<br>بوسف العالم<br>تصنيفها سلس<br>والنصف الآخر<br>البحاري | المجموعات غير الاكتتابية أظهرت فرق ذات دلالة في النظرة الموجهة للعالم |

## التداخل بين حالات القلق والاكتئاب

فى العديد من التقسيمات لتصنيف الاضطرابات الانفعالية يوضع القلق والاكتئاب ضمن فئة واحدة لدى الأطفال والمراهقين أو يوضع كل منهما منفصلاً عن الآخر من حيث الأعراض والتشخيص وأحياناً يعالج الاضطرابين معاً ونذكر منها على سبيل المثال بعض التصنيفات والآراء ومنها : تقسيم منظمة الصحة العالمية وضع القلق والاكتئاب فى فئة واحدة وهى الاضطراب العصائى ( neurotic di sorder ) ويوجد أيضاً تصنيفات تضع القلق والاكتئاب كل فى فئة منفصلة ففى الولايات المتحدة الأمريكية تضع رابطة الأطباء النفسيين الأمريكيين ( ١٩٨٢ ) القلق والاكتئاب كل فى فئة منفصلة لدى الأطفال والمراهقين . حسب دليل التشخيص الاحصائى للاضطرابات العقلية ( D.S.M- III ) . وبالنظر لهذا التصنيف الأخير حسب الأعراض وقصر التصنيف على الأطفال والمراهقين لم يوضح الاضطراب لدى فئة الأطفال والتباين فى الأعراض عند لدى المراهقين . ونظراً لهذا التباين فى التقسيمات المختلفة للاضطرابات الانفعالية أجريت العديد من الدراسات كمحاولة لايجاد دلائل وحدود فاصلة بين كلا من القلق والاكتئاب .

وبشير ( أحمد عكاشه ، ١٩٩٢ ) الى وجود " الاكتئاب والقلق المختلط ويستخدم هذا التشخيص عندما يتواجد كل من القلق والاكتئاب دون غلبة أحدهما على الآخر ودون أن يتواجد أى من نوعي الاعراض بدرجة كافية ، وهذه الفئة المختططة حددها ( أكينباك وآخرون Achenbach-et al ١٩٨٩ ) ويعتبر كلا الاضطرابين أكثر شيوعاً لدى الأطفال عن غيرها من الاضطرابات الأخرى .

ويعزى البعض سبب التداخل وعدم التمييز بين الاضطرابات الى ضعف التعبير عن الانفعالات ووصفها لدى الأطفال وخصوصاً صغار السن . وان كان هذا الرأى صائب فبنا . هو السبب للتداخل بين الاضطرابات لدى المراهقين .

ويعتبر البعض كلا من القلق والاكتئاب اضطراب عصبي ويقع الافراد على متصل واحد يقع القلق في طرف والاكتئاب في طرف آخر أمثال ( ديلي - واشك - وآفرى وولسن ودونار Dealy, I shiki, Avery, welson, and Dunner /١٩٨١٠/

ويظهر التداخل ليس في التصنيف فقط بل في عبارات المقاييس المستخدمه لقياس كلا منهما .

| اسم الاختبار | قائمه القلق كحاله | اختبار القلق الظاهر | قائمه الاكتئاب |
|--------------|-------------------|---------------------|----------------|
| وسمه للأطفال | للاطفال           | للاطفال             | للاطفال        |
| STAIE        | CMAS              | CDI                 |                |
| ٦ فقرات      | ٦ فقرات           | ٦ فقرات             | ٦ فقرات        |

ثالثاً : دراسات تناولت تاريخ الاسره كمحاوله للتمييز بين القلق والاكتئاب وهي هذه المحاوله الاخيره تناولت القلق فقط وحالات الاكتئاب فقط دون دراسه للحالات المختلطه ( قلق - اكتئاب ) .

أولاً : أمثله من الدراسات التي أظهرت التداخل بين القلق والاكتئاب في التشخيص .  
موضحه بالجدول التالي . . .

| الباحث                                                                   | العينه                                                                                     | النتائج                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| ١- اندرسون وآخرون<br>Anderson et al                                      | ٦٣ طفل في عمر ١١ سنه                                                                       | ٤٩ قلق - ثوبيا<br>٤- داشيميا - اكتئاب<br>١- قلق - اكتئاب<br>يمثلون ١٥٩٪ |
| ١٩٨٢                                                                     |                                                                                            |                                                                         |
| ٢- استيرس لاست<br>وهيرسون وكازوم<br>Strauss, Last,<br>Herson, and Kazdin | ١٤٠ طفل في عمر (٥-١٢) سنه<br>وتم تشخيصهم قلق في<br>العياد<br>٣٠ قلق - اكتئاب بنسبه<br>٢٨٣٪ | ٢٦ قلق فقط<br>٣٤ اكتئاب فقط                                             |
| ١٩٨٨                                                                     |                                                                                            |                                                                         |
| ٣- كاري وفنيك وام<br>Carey, Finch and<br>Imm                             | ٢٩ طفل من داخل المستشفى<br>ومتوسط العمر الزمني<br>١٢٩ سنه                                  | ١٢ اكتئاب فقط<br>١٦ اكتئاب - قلق بتسبه<br>٥٥٢٪                          |
| ١٩٨٩                                                                     |                                                                                            |                                                                         |
| ٤- ويسمان وآخرون<br>Weissmah et al                                       | ٢٢ طفل من عمر (٦-١٢) سنه<br>سند وتم تشخيصهم كاضطراب<br>انفعالي                             | ٥ قلق فقط<br>٩ اكتئاب فقط<br>٨ قلق - اكتئاب بتسبه<br>٣٦٤٪               |
| ١٩٨٤                                                                     |                                                                                            |                                                                         |

|                       |                          |                       |
|-----------------------|--------------------------|-----------------------|
| ٥- كوفكس وآخرون       | ١٢٤ طفل فتي عمر (٨-١٣)   | ٨٥ - اكتئاب د دايشيا  |
| Kovacs et al          | تم تشخيصهم كاضطراب       | ٣٩ - اكتئاب - قلق     |
| ٠١٩٨٩                 | الفعالي                  | بنسبه ١٣ر٥٪           |
| ٦- بيرنستين وجارفينيك | ٢١ طفل من عمر (٩-١٧)     | ٣ قلق فقط             |
| Bernstein and         | سنه ( لد بهم رفض للمدرسه | اكتئاب فقط            |
| Garfinkel             | مزمّن                    | ١٣ قلق - اكتئاب بنسبه |
| ٠١٩٨٦                 |                          | ٪٦١ر٩                 |
| ٧- كوستيلو وآخرون     | ٢٨٩ طفل من مركز الدعايه  | ١٧٢ قلق               |
| Costello et al        | الأوليه للأطفال          | ١٣ اكتئاب             |
| ٠١٩٨٨                 |                          | ٣ قلق - اكتئاب ٨٪     |

ثانياً : امثله من الدراسات للتمييز بين القلق والاكتئاب من حيث الانفعالات المميزه لكل اضطراب والجانب الادراكي المعرفي .

( ١ ) دراسه ( بلومبرج وازارد Blumberg & Izard ٠١٩٨٦ )  
عن التمييز بين أنماط الانفعاليه للأطفال المشخصين كقلق واكتئاب في عمر  
زمني ( ١٠ ) سنوات .  
وأظهرت الدراسه مايلي :

- ١- الحالات الاكتئابيه تميزت بالغضب والشعور بالذنب وكراهيه الذات والخجل .
- ٢- الحالات القلقيه تميزت بالغضب والشعور بالذنب والخجل .

وتتميزت المجموعة الاكتئابيه بانفعال اساسه الحزن والمجموعه القلبيه بانفعال اساسه الخوف ولكن وجد ان المجموعه الاكتئابيه لديها مخاوف بدرجه عاليه ولهذا تـسـرر بأنه من الصعب فصل الاضطرابين في فئه منفصله وكان ينظر لكلاهما كحاله وجدانيه سالبه.

وترى الباحثه الحاليه أن هذه الدراسه أظهرت أن المجموعه الاكتئابيه تتميز بالحزن وكراهيه الذات عنه لدى المجموعه القلبيه بناءً على المقارنه السابقه.

( ٢ ) دراسه ( بيك ولودي ويوهيمير Beck, Leude & Bohmer ١٩٧٢ )  
عن التمييز بين الجانب المعرفي للاكتئاب والقلق لدى الأطفال والمراهقين ،  
فوجدوا ان النمط المعرفي للفرد القلق وكأنه يحاول ازاله خطر أو أذى متوقع  
بينما في الاكتئاب يتركز على الفشل والنقد للذات والآخريـن .

( ٣ ) دراسه ( كيندال واطسون Kendall & Watson ١٩٨٩ )  
عن التمييز بين القلق والاكتئاب عند الاطفال مذحيث الجانب الانفعالي المميز  
لكل فئه وأظهرت النتائج وضع الفئتين ضمن الاضطراب الانفعالي السالب .

( ٤ ) دراسه ( ماسير وكلونجر Maser & Clominger ١٩٩٠ )  
عن الجانب المعرفي لحالات القلق والاكتئاب عند الاطفال وأهم ما يميزها .  
أظهرت الدراسه ان الجانب المعرفي يظهر ادراك الحالات القلبيه لخطر وشيك الحدوث وفي الاكتئاب فقد وكراهيه للذات .  
ثانيا : أمثله من الدراسات التي تناولت تاريخ الأسره كمحاوله للتمييز بين القلق والاكتئاب :-

( ١ ) دراسه ( لونجستون ونوجينت ورادير وسميث Lwinston, Nugent, Rader ١٩٨٥ )

درسوا التاريخ الأسري لـ ( ١٢ ) حاله قلق ( ١١ ) حاله اكتئاب من الاطفال  
وجمعوا معلومات عن الآباء والاجداد . وجدوا فروق بسيطه بين تاريخ الأسره

فى المجموعتين - فوجدوا أن كلا المجموعتين لى بهن تاريخ أسرى لاضطرابات وىدانیه ومن المتعاطین الخمر - ووجدوا فروق واحد فقط بین الفئتين هو انتشار تعاطى الخمر أو المخدرات بصورة أكثر لى أسر الاطفال الفئتين .

(٢) دراسه ( ابرك ویرادى وفیلیب وكیندال Eirik, Brady, Philp and Kendall

قاموا بدراسه للتاريخ الاسرى للأطفال والمراهقين المشخصین كحالات قلق أو اكتئاب للتمیز بین الاضطرابین - ولم تظهر هذه الدراسه فروق ذات أهمیه فى التاريخ الاسرى وتناولت هذه الدراسه كل اضطراب على حده ولم تتطرق الى دراسه الحالات المختلطه وذلك تناولت الأطفال والمراهقين كعینه معا رغم الاختلاف بین الفئتين .

(٣) دراسه ( استافراك وآخرون Stavrakak ١٩٨٢ .

عن التاريخ الاسرى لأطفال قلقین واطفال اكتئاب وتم تصنيف الاسرى الى (٤) مجموعات . مجموعه لى بها اضطراب انفعالى . ومجموعه لى بها اضطراب انفعالى ، ومجموعه لى بها اضطراب معرفى ومجموعه لى بها اضطرابات مختلطه ومجموعه خاليه من الاضطراب .

وأظهرت الدراسه أن الاطفال الفئتين تمیزت أسرههم بالمشكلات المختلطه ( معرفى - انفعالى ) والأطفال الاكتئابین تمیزت أسرههم بمشكلات ذات صبغه انفعاليه .



## الاضطراب الوسواسى القهرى

### Obsessive Compulsive Disorder

يعتبر اضطراب الوسواس القهرى ( O.C.D ) أقل الاضطرابات النفسى شيوعاً حيث تقل نسبته بين مختلف الاضطرابات ( ٣ ٪ ) وتصل بين المجموع العام من الافراد ( ٥ . ٠ ٪ ) ( كابلان استيفن Kaplan, S ١٩٩٤ )

وبيعزى البعض انخفاض نسبه وجود اضطراب الوسواس القهرى منفصل هو تشابهها مع البرانوسيا والذهاب بوجه عام من حيث تجريد الفكره وتكرارها ويعتبر صلاح مخيمر ميكانيزم العزل والتجنب والسبب الآخر هو الاختلاف بين الشخصيه العصبيه القهرية واضطراب الوسواس القهرى حيث لا يوجد نموذج الشخصيه القهرية فى كل الحالات وتفرق الدراسات النفسيه التحليليه بين ميكانيزم الدفاع فى الاضطراب الوسواسى والشخصيه الوسواسيه فيغلب على الشخصيه الوسواسيه ( التثبيت ) على المرحله الشرطيه من النمو النفسى الجنسى . بينما فى الاضطراب يوجد ( النكوص ) ضد قلق المصاعبات الاودينيه وكلا من المظهر الوسواسى سواء سمه أو عرض يعكس ميكانيزم دفاعى هو الاسقاط لكل من الشخصيه الوسواسيه القهرية والاضطراب الوسواسى القهرى وكاجراء لعقاب الأنا الأعلى ( جولد ستين Goldstein ١٩٨٥ ) والأعراض الوسواسيه القهرية سواء للاضطراب أو للشخصيه الوسواسيه القهرية يعزيبها البعض الى الصراع بين العدوانيه والخضوع ، والنظافه والقذاره أو كونه جيد أم رديئاً أو أمراً أو مأموراً .

ولقد وجد ( تشابير و Shapiro ١٩٦٥ ) تشابه بين نموذج الشخصيه البارانونيه والحالات الوسواسيه القهرية من حيث الاعتقادات والآراء غير الواقعيه التى تم تجريد ها حيث يفسر ( صلاح مخيمر ١٩٧٧ ) حدوث الافكار والمسالك القهرية بميكانيزم العزل والتجنب بعزل الفكره المتسلطه عن الجهاز الحركى وبالتالي تمنع من التنفيذ أى يتم عزلها عن شحنتها الانفعاليه الدافعه وبالتالي تصبح مجرد فكره عاجزه لا سبيل أمامها

للتنفيذ الفعلي وعندما يزداد الأمر تعقيداً تظهر المسالك القهرية التي تحول التلقائيه الى خط مرسوم لا يجيد عنه لمزيد من ضمانات العزل والتجنب فمثلا العدد والتكرار « ليل على الشك والتردد وهنا يظهر الفرد معزول داخل نفسه وضمن اطار محدود . وذو الاضطرابات الوسواسيه القهرية يشعرون بتفاهخ هذه الافكار والمعتقدات ولكن لا يستطيعون التخلص منها أو السيطرة عليها وتعد يلها . بينما في حالات المرانويا الاعتقاد حازم يصحها افكارهم ومعتقداتهم وكذلك يكون النكوص أمعن في حالات الرانويا .

ويرى عكاشه أن بعض حالات الوسواس القهرية تتحول الى اضطرابات ذهانية أو يشفى المريض من الوسواس القهرية وتظهر لديه اضطرابات ذهانية وتتداخل اعراضه مع المخاوف بدرجة كبيره من حيث التجنب لبعض الاشياء كالخوف من التلوث والمرض ويتميز ذو الاضطرابات الوسواسيه بالاندفاع والشك والتردد وامعان التفكير في التفاصيل .

وفيما يلي بعض الاعراض:

١- الافكار والصور الوسواسيه .

٢- الافعال القهرية .

١- الافكار والصور الوسواسيه ■

وهي سيطره فكره خاصه على المريض أو صوره لمنظر محدد تتكرر باستمرار ولا يستطيع المريض مقاومتها أو التخلص منها رغم وعيه بسخافه الفكره الملحقه أو الصوره المتكرره ويحاول جاهداً التخلص من الفكره أو تصور تلك الصوره ولكن دون جدوى .

## ٢ - الاندفاعات

ويسيطر على المريض رغبة أو اندفاع لا يقاوم لأنفعال لايرضى عنها ومعظمها أفعال لا يرضاها الدين ولا الخلق والقيم + ويقاوم هذه الاندفاعات التي تكون في صورة عدوانيه أو انتحارية أو مخالفه وتؤدي إلى توقف نشاط الفرد للمقاومة الشريرة التي يبدوها تجاه هذه الاندفاعات .

## ١- اجترار الافكار :

يبتاب المريض أفكاراً وأسئلة ليس لها اجابات ولكن لا يستطيع التخلص منها رغم اقتناعه بعدم صحتها وتتعلق الاسئلة دائماً بالنواحي الدينيه أو العياسيه أو الـ

### المخاوف :

هناك ارتباط بين القوبيا ( المخاوف ) والافكار والصور القهرية وأيضاً الاندفاعات والطقوس الحركية مثل الخوف من التلوث والعرض أو ركوب السيارة أو الطائره .

### الطقوس الحركية :

وهي افعال قهرية يسيطر على المريض ولا يستطيع الحد منها أو منعاً رغم اعتقاده بعدم صحتها مثل عد أعمدة الكهرباء ويتبع هذه الطقوس الحركية مخاوف ويتميز بالاندفاع ولا يستطيع السيطرة عليها ولذلك تترايط هذه الأعراض مكونه زمله أعراض تميز مرض اضطراب الوسواس القهرى وفي بحث لـ ( أحمد عكاشه ) وجد ان الطقوس أكثر انتشارا ويتبعها بعض المخاوف وفي أغلبها لها علاقه بالنواحي الدينيه وفي مجملها تمثل ما يتعلق بما يحرمه الدين الاسلامي ووجوب الطهاره والتخلص من الأثام سواء بالاغتسال أو التوبه .

وهنا تظهر أعراض خاصه بالنظافه والتلوث ولذلك يتميز العصابي القهرى بالتناقض الوجداني والملاحظ أحياناً ان الاعراض القهرية . . .

### ميكانيزمات الدفاع :

ونظراً للارتباط بين الميكانيزمات الدفاعيه والعصاب فيستخدم مريض العصاب القهرى اساليب دفاع ضد أفكاره وطقوسه التي لا يستطيع مقاومتها ومنها الاسقاط والتكسوس والعزل والمحو والكبت والتلوينات المضاده .

## المقاييس

يوجد العديد من المقاييس لقياس الاضطرابات وشده وتكرار السلوكيات ومنها

■ مقياس يالى براون للوسواس القهرى

Yale- Brown Obsessive Compulsive Scale.(Y-Bocs)

ويتكون من ١٠ بنود لقياس شدّة الاعراض مثل الوسواس والاندفاعات والتدقيقات والتكرارات السلوكية ويتميز بثبات وصدق عال داخلي وتوضع فيه الدرجة على الوسواس كقسم وقسم آخر للاندفاعات

■ مقياس المعهد العالى للصحة العقلية للعصاب القهرى (NIMH-OC

National Institute of Mental Health Obsessive

Compulsive Rating Scale

ويتيس الانكار الوسواسية الحصارية والمقاومة للاعراض الاندفاعية والقلق ومشاعر الذنب العصائيه والتجنب ويتكون من ( ١٨ ) بنود وأجريت له تعديلات وصدق وثبات  
■ مقياس التقدير الذاتى لاضطرابات الوسواس القهرى

Self Rated Scale For Obsessive Compulsive

Dis orders ( SRSOCD)

ويتكون هذا المقياس من ( ٣٥ ) بنداً وتقع الاجابه عليها فى مستويات خمس ويتيس  
المقياس أربعة مكونات هى :-

- ١- الضيق الناتج عن الضغط 1- Distressing
- ٢- الانكار 2- Thoughts
- ٣- الطقوس 3- Rituals
- ٤- الكمال 4- Perfection
- ٥- الخوف من التلوث 5- Contamination

- ٢٥١ -

ويعتبر هذا المقياس شاملا وسهل التطبيق في المجال السيكمترى كما أجريت لسه  
صدق المحكم مع المقياسين الكليينيين السابقين .

## المراجع

- ١- أحمد عزت راجح (١٩٧٧) . أصول علم النفس . القاهرة . دار المعارف .
- ٢- أحمد عكاشة (١٩٩٢) . الطب النفسى المعاصر . القاهرة . الأنجلو المصرية .
- ٣- أحمد محمد عبد الخالق (١٩٧٧) . قائمة ويلوبى للميل العصائى . كراسة التعليمات دار سعيد للطباعة . الاسكندرية .
- ٤- أحمد محمد عبد الخالق (١٩٧٩) الأبعاد الأساسية للشخصية . القاهرة . دار المعارف .
- ٥- أحمد محمد عبد الخالق « مایسة النیال . فقدان الشهية العصبی وعلاقته ببعض متغیرات الشخصية . مجلة دراسات نفسية . ١٩٩٢ المجلد الثانى . العدد (١) .
- ٦- أمال عبد السمیع باظة (١٩٨١) . دراسة مقارنة لبعض سمات الشخصية لدى المراهقين الأصحاء والمصابين بروماتزم القلب ماجستير - غیر منشور - تربية طنطا .
- ٧- أمال عبد السمیع باظة (١٩٨٦) . العدوانية وعلاقتها بأبعاد الشخصية لدى المرضى السيكوسوماتيين دراسة تجريبية إكلينيكية . دكتوراة . تربية طنطا .
- ٨- أمال عبد السمیع باظة . السلبية نحو الذات والعالم والمستقبل كأسلوب معرفى لدى مرضى الإكتئاب الأساسى من الجنسين . مجلة كلية التربية بالقازيق . ١٩٩٣ . العدد العشرون . يناير .
- ٩- أمال عبد السمیع باظة . مشاعر الذنب لدى الفصامين البرانويدين وذوى الميل العصائى والاسوياء . مجلة كلية التربية ببها . ١٩٩٤ . أكتوبر .
- ١٠- أمال عبد السمیع باظة . الكمالية العصائية لدى مرضى الفصام البرانويدي والاكتئاب الأساسى والهستيريا التحويلية والاسوياء من الجنسين . المجلة المصرية للدراسات النفسية (١٩٩٦) المجلد السادس . العدد (١٥)
- ١١- أمال عبد السمیع باظة . الكمالية العصائية والكمالية السوية . مجلة دراسات نفسية (١٩٩٦) المجلد السادس . العدد ٣ يوليو .
- ١٢- حسين عبدالعزيز الدرينى (١٩٨١) . مقياس الخجل (كراسة التعليمات) دار الفكر العربى . القاهرة

- ١٣- صلاح مخيمر (١٩٧٩) المدخل الى الصحة النفسية . مكتبة الأنجلو المصرية . القاهرة.
- ١٤- عبدالرقيب أحمد البحيري (١٩٨٢). إختبار القلق حالة وسمة (كراسة التعليمات) دار المعارف القاهرة .
- ١٥- محمود السيد ابوالنيل . دراسة عن العوامل النفسية المرتبطة بالامراض الجلدية وجوانبها الارشادية والتربوية . مجلة جامعة الامارات العربية المتحدة . ١٩٨٣ . المجلد الاول - العين .
- ١٦- مصطفى سويف (١٩٧٨) علم النفس الحديث . معالم ونماذج من دراساته . مكتبة الانجلو المصرية . القاهرة .
- ١٧- وليم الخولي (١٩٧٦) الموسوعة المختصرة فى علم النفس والطب العقلى . دار المعارف - القاهرة .
- 18- Agras, S. Barlow. D. choplin, H. Abel, G., & Lettenberg, H. Behaviour Modication of Anorexia nervosa. Archives of General psychiatry, 1984, 30,279-301 .
- 19- Agras, S. (19870) Eating disorders managment of obesityblimia. and anorexid nervosa, Elmsford, ny. pergamon.
- 20- Alford, B, & Boyle, M. (1982) Nutrition during the life cycle. englwood cliffs, ny . prentice hall.
- 21- Abmagor, M. & Bem- porath. the two factor model of self-reported mood: Acrosscu tural replication. journal of personality assesement (1989) 53-10-12.
- 22- Arwar, A, Majida, I. and Qamar, H (1979). Acomarative study of certain personality characteristic of psychosmstic and psychoneurtic. Indian journal of clinical psychology. N. b. pp, 181-184.
- 23- Averill, J.R. studies on anger & aggression implications for theories of emotion. american psychological (1983) 38, 1145-1160. .
- 24- Bandura. A. (1973). aggression. a social learning analusis. N. y. prentic hall, englewoof cliffs.
- 25- Bandura, A. & ealters, R. (1977). social learning and personality development N v

- 26- Beck, A. T. (1979) cognitive therapy and emotional disorders. N. Y. international university press.
- 27- Berkowitz, L. (1979) some determinations of Impulsive aggression the role of mediated associations with reinforcement for aggression, P.
- 28- Brich, leann. L., obesity and eating disorders: A developmental perspective. dissertation abstracts, (1992), vol, 78, 29780.
- 29- Boozy, timothy, L. Perry, Narry, Nathan W. Rancy, Gary Fischler (1991). detection of quality knowledge with event related potentials, journal of applied psychology (Dec) vol 76 (6). 788-795.
- 30- Blomberge, S. H. & Izard. C.E. (1986). discriminating patterns of emotions in 10 & 11 years old children's anxiety and depression. journal of personality 51-852-857.
- 31- Brich, leann. L. obesity and eating disorders: A developmental perspective. Dissertation abstracts, (1992), vol 78, 24780.
- 32- Brombra, D., cammins, G. & friedman, S. (1980). Protecting physical and mental health. In J. rehage.. Toward adolescence. the middle school years (pp.141- 162), chieago; NSSE.
- 33- Bryant, waugh, R lask, B, anorexia nervosa in a group of asian childrens living in britain. British journal of psychiatry, (1991), vol. 158, feb. 229-233.
- 34- Burns, D. the perfectionism script for self-defeat . psychology today , 1980, november, 39-51.
- 35- Buss, A. H., & Perry, M. the aggression Questionnaire journal of personality and social psychology, 1992, vol. 63, No. 3, 452-459.
- 36- Bybee, Jane, A, & Zigler, Edward (1991): self image and guilt. a further test of the cognitive-developmental formatoin- journal of personality. (Dec). vol. 58 y 1, 733-745.
- 37- Butcher, Ann Houston. Disposition and decision making effects of negative affectivity and mood on effort and search strategies in multiattribute decision tasks. dissertation abstracts (1992) vol 52. no. 6. December.
- 38- Clark, I. S. (1970). A comparison of two hostility inventories using an abnormal population . Bri. J. psychiat. no 116. P.225.



- 39- Crown J. M. & Crown, S. (1973). the relationship between personality and the presence of rheumatoid factor in early rheumatoid disease. second- J. Rheum . no. 3. p. 120-123.
- 40- Darivl, Thomas. J. Johnson, Ronald, G & Danko George, P. (1992). personality correlates of public and private self consciousness. personality & Individual differences (May) vol, 13. (3) 381-384.
- 41- Davies, E., & Furnham, A. (1986a) the dieting and body shape concerns of adolescent females. journal of child psychology and psychiatry, 27, 414-426.
- 24- Davies, E. & Furnham, A. (1986b) bodily satisfaction in adolescent girls. british journal of medical psychology, 59, 279-287.
- 43- Dawn, M. Mc Daniel & Steven Rechar, coping with dysphoria: gender differences in college students. journal of clinical psychology, (1990), vol. 46. no. 6 november, 896-899.
- 44- Diner, E. Isen, R. J., Levin, S. & Emmons R. A. Intensity and frequency dimensions underlying positive. journal of personality and social psychology (1985) 48, 1253-1265.
- 45- Drever, J. (1964). Dictionary of psychology, middlesex, england , penguin books.
- 46- Dunbar, F. (1993). Psychomatic diagnosis. N. Y. pavol bhocler.
- 47- Edmands. G. (1980). the measurement of human aggressiveness. england. ellis. horwood limited.
- 48- Edward. B. Blanchard and larry, D. (1973). Self- control. of cardio functioning promises yet an fulfilled. psychological bulletin, vol, 79, no. 1. pp, 1-6.
- 49- Ehlrl, chman, H. & balpen, J. N. Affect and memory effects of pleasant and unpleasant orders on retrieval of happy and unhappy memories, journal of personality and social psychology (1988), 55, 769-779.
- 50- Ekman, P. (1982). Emotion in human face 2 nd (ed) cambridge, england. cambridge university press.
- 51- Ekman, P., Davidson, R.J. & Friesen, W. the duchenne smile: Emotional expression and brain physiology. journal of personality

- 52- **Eyclopedia Britanica. (1973).** vol. 15. london, proboscider. rubber.
- 53- **Eysenck, h. J. (1972)** encyclopesia of psychology, london. Herder and Herder.
- 54- **Eysenck, H. J. (1973)** Hand book of abnormal psychology. london pitermal medical .
- 55- **Fehr, L. & stamps, L. (1979)** Givlt and Shyness : Aprafile of docial discom fort. Journal of persona lity Assessment, 43,418-484.
- 56- **Feighner, J. Robins, E. Guzem. S. B. woodruff, R. A. winokur,G.& Munoz R (1972).** Diagnosticcriteria for use in psychiatric.
- 57- **Foulds, G. A. Caine. I. M. and hope, K. (1957).** Manual of hostility and direction hostility ques tionaire, londoupres.
- 58- **Foulds, G. A. (1965).** Personality and personalillness london tavistock publications .
- 59- **Frazier & shervts, H. (1980).** Headache. (chapter 26) in harold, I. (et al). eomprehensive text book of psychiatry. vol. II. london. willians & wikins batimore.
- 60- **Freedman, D. & kaplane, M. P. (1982)** : comprehensive text book of psychiatry, M.S. A william & wilkins company Baltimore.
- 61- **Freedman, Maurice (1991)** : Reflections on hidden exissten tialguilt, Humanistic psychological. (feb), vol. 4(3) 277-281.
- 62- **Frost, B. P. (1970):** Anote on extraversion and aggression western psychologist, I, pp, 111-112.
- 63- **Frost, R.O. Marten, D. Lahat, G. & Rosenblate.** the dimentions of per fectionism, cagnitius. therapy and Research, 1990, 14, 449-468.
- 64- **Furnham, A. &Henly, S.,** lay belifs about over coming psychological problems. Journal of social & clinical psychology, 1988, 26, 423-438.
- 65- **Funham, A., & Kramers, M.** Eating problems patient's conceptions of normality. Journal of genetic psychology, 1989, 120, 147-153.
- 66- **Furnham, A., & Antera, H. W.** Lag theories of Anorexia nervosa, Journal of clinical psychology, 1992, vol. 48. No. 1. January. 20-36.

- 67- George, L. K. H.S.U. Experimental aspects of bulimia nervosa. behaviour modification 1980, vol. 4. No. 1, January.
- 68- Gothile, I. H. & Megor, J.P. Factor analysis of the multiple affect adjective check list. Aseperation of positive and negative affect. journal of persona lity and social psycholgy (1986). 5, 1161-1165.
- 69- Graham, P.T.(1972). Psychomatic medicine. In Greenfield, N.S.& stern back, R.A. Hand book of psuchophy siology. N.Y. Holt linehart & winston.
- 70- Grinker, karen & R.R. Miller, J.Sabshin, M.Nunn, R. & Nunall 4, J. C (1961): the phenomina of depression. Newe york. Hoelder.
- 71- Guttman, O.(1966). Psychological conditions and psycho therapy, N.Y. Gralinc foundation.
- 72- Hamdckek. D.E. Psychodynamics normal and nen rotic perfectionism. Journal of psychology, 1978, 15, 27-33.
- 73- hass, K.(1979). Abnormal psychology.N.Y. Dwan. nostrund company.
- 74- Hewitt paul. L & censt, M. the ideal self schematic processing per fectionistic content in dysphoria niver sity student. Journal of personality and social psychology, 1990. 59, 702-808.
- 75- Hlevirth paul, L. Flett gordon, L. perfectionism in self and social contexts conceptea lization Assessment and association with psychopa thology. Journal of personality and social psychology, 1991, vol. 60 No 3, 456-476.
- 76- higgin botham, Linda. G.K. Anexistia and empirical analysis of death anxiety and perfectionism in aca de mically gifted and traditional college students. Dissertaion Abstracts. International, 1993, vol. 53, no 9,4995-B
- 77- Howard, J.H.(1979). Health patterns associated with type A behavio behavior. Dissrtation Abstracts. vol. 32.no. (9-B), P, 4575.
- 78- Indira, S.N. and V.N. Nurphy. (1977). Hostility conttels in psychosomatiic illness. Indian journal of clinical psychology. vol. 14. No. 2pp.
- 79- Indria, S.N. Murthy. (1979). T.A.T. hostility and psychosomatic conditions. Indian. J. clinical psychology. vol. 67. No. 4. pp, 41-50 .
- 80- izard, G.E. (1997). Human emotions new york. plenum press.

- 81- Jach, Ray stronge, 1956. Abnormal psychology Mcgrake. hill. New delhi.
- 82- Jane, L. Wong. & Dani, J. Waltekers, depression mood state and their cogritive and personality corre lates in college students: the improve overtime. Journal of clinical. Psyshology, 1993, vol. 44, no. 3,615-622.
- 83- Jefferu sobal & Albert. J.S. socio economic status and obesity. Psycological. Bulletin, 1987, vol. 101, No. 2, 271-273.
- 84- Jonk, Mills. Differeces of locos of control. between obse Adult and Adolescentin femals under going weight reduction Journal of psychology, 1991, vol. 125, No. 2, 195-199.
- 85- kenedell, R.E. (1970) : Relation ship between aggression and depression. Archives of general. Psychiatry. No. 128. pp, 146-155.
- 86- Kugler, karen & jomes, Earaun, H.(1992) : On conceptualizing and assessing guilt. Journal of personality (Feb). vol, 62(1) 318-327.
- 87- Kurk hass. (1979) Abnormal psychology : van nostrand company. new york. P. 114-117 .
- 88- Lee, Sing. Anorexia nervosa in adolescents of Asian extractions comment : British journal of psychology, 1991 (Feb). 158, 284-285.
- 89- Lee, Sing, Lewg, G.M. wing. Y. chin, F. Acne as arich factor for anorexia nervosa in chinese : Dissertation Abstracts, 1992, vol. 78, 2492.
- 90- Lisa, D., Hiz and Donald, A, williamson. Bullimia and depression : A. Review of the Affective variant hgpo thesis. psychological Bulletin, 1987, vol. 102. No. I, 150-158.
- 91- Lorne 3, K. (1969) . On aggression . harcourt Brace and world new.
- 92-Maccoby, E . E & Jacklin -C .N .(1974) . The psychology of sex differences . starford califatin ford u. Press New york .p.
- 93- Mariolice faubel . Body Image and depression in women with Early and late onset obesity Journal of psychology.(1989) vol. 125, 285 - 295
- 94- Marx, E.M. , & schut 3 , c . c . I . Inter personal program solving in depressed students . Journal of clinical psychology .1991, 47, 361 - 367
- 95- Maxwell, H . Migraine . (1966) . Birstol .wright .

- 96- Mayer, J- D- & Gaschke, y. N. The experience and meta experience of mood . Journal of personality and social psychology (1988) 52 , 81 -90 .
- 97- Nolen -Hoe ksema . sex differences in unipolar depression Evidence and Theory, psychological Bulletin (1987), 1019, 259-282
- 98- Phelps, L. & When Znki, F. cognitive Behavioural. Dimesions with Non clinical Adolescents, Journal of clinical psychology, 1993, vol. 99, No. 4.
- 99- Philips, G. (1976). Headache and personality. Journal of psychosomatic research. vol. 20. pp., 535-542.
- 100- Pike, kathleen, M& Radin, J. mothers , doughters and disordered eating . Journal of Abnormal psychology , 1991 . (May) .vol'. 100 , No . 2 , 198 -204
- 101- Plutihik, R. (1980). Emotion .. Apsycho evalua tionary synthesis, New York, harper & Row.
- 102- projansky, Dolores Eleabeth. Effects of mood and affection recall of positive and negative in fornd tionq about the self . Dissertation Abstracts (1990) vol . so , No 10 , April , 5189 - A .
- 103 - Raskin, R. & Terry. Aprincepal components analysis of the marciss it ic persona lity Inventory and further evidence of construct validity. Journal of persona lity and social psy chology, (1988), 59, 890-902.
- 104 - Rastam, Marid & Gillberge, Christopher. The family back ground in dnorexia nervosa, A population Based study Disserta tion Abstracts, 1992. vol.78 24934.
- 105 - Rimon, R. (1973). Rheumatoid factor and aggression dynamic in female patients with heumatoid arthritis. scand. J. Rheumatology. No. 2. pp., 119-122.
- 106- Rita, H. & Rees, L. (1973). psychological aspects of migraine. J. psychosomatic research. vol. 17. pp., 141-153.
- 107- Robert, B. (1980). Aggression. In freedman and Benjanis, J. compre hensive text book of psychaitry. vol. I. London williams & wilkins.
- 108- Rowland, Neil, E. Bio logical. factors in eating and its dis orders . psycho logica LBulletin. 1991, vol. 29, No. 3, 249-256.

- 109- **Russell, J. A.** Acircumplex model of affect. *Journal of personality and social psychology*, (1980), 39 , 1161 - 1178.
- 110- **Scott, J. P. (1977).** The physiology of aggression and defect. N.Y. plenum press.
- 111 - **Selye , H. (1956).** The stress of life .N. Y. Me - Grawe hall .
- 112- **Slade, P.** Towards functional. Analysis of anorexic and bulimic nervosa. *British Journal of clinical psychology*, 1982, 21, 167 - 179.
- 113 - **Slade, P.** Update on scans . A screening instrument for Ident ifying individuals at risk of deve loping an eating disorders, 1990, In terna tional Journal of eating disorders, vol. 6, No. 5, 583 -584.
- 114- **Slade, P. D., & Dewey, M. E.** Devel opment and preliminary validation of : SCANS : A screening in strument for identifying individuals at risk of developing anorexid and bulimia nervosq. In terna tional Journal of eating dis orders, 1991, 5, 517 - 538.
- 115- **slade, p. D. Newton, T. Butter, N. M., & Murthy** Anexperimental analysis of perfec tionism and dissatisfaction *British Journal of clinical psychology*, 1991, 169 - 176. .
- 116- **Smith, E. R., & Kleugel, J. R.** Cognitive and soeial bases of emotional experience : outcome attribution and affect .*Journal of personality and social psychology* (1982), 43, 1129 -1141.
- 117- **Steven Brady.** Perfectionism and Millons basic persona lity patterns. *Dissertation Abstracts Inter national*, 1988, vol. 49. N. 6. 2405-2406.
- 118- **sotozkin, B.** The quest for perfection : Avoi ding guilt or avoiding shame? *Psycho therapy*, 1985, 22, 564 -571.
- 120- **Walman, B. (1973).** Dectionary of behavioral science (Edt : 1) N. Y. van Nostrand Rinold company.
- 121- **Walman, B. (1973).** Hand, book of general psychology, new Jersey, prentic hall, Engle wood clifs.
- 122- **Warren, H., G. (1954).** Dictionary of psychology, Boston. Houghton Mifflin company.
- 123- **Watson, David & clark, Lee, A. (1992):** Affects separable antinsepara ble on the hierarachic of arrangement of negative affects. *Journal of personility & social psychology* (Mar). (3), 489 -505

- 124- William, D. (1975). Neural factors related to habitual aggression. In moyer, K, E. Physiology of aggression. N.Y. Raven press
- 125- Wright & Irving, (1976). Role of psychogenic and behavior patterns en development and aggression. J. Medicine, vol, 75. N-2. P.P., 2128 - 2132.
- 126- Wright, Longm (1978). Conceptilizing and defining psychosomatic disorders. American psychologist. VoL. 32. No. 81. Pp. 625 -628.
- 127- Zatten, Waxler & Carloyn (1989): patterns of civiltion of children of well depressed mothers. Journal of society for research in child deve lopment April, 27 - 30.
- 128- Zahin, Waxper. & Carolyn (1991): Religion and guilt in O C D patients. Journal of Anxiety disorders. Vol. 5 (4), 359 - 361
- 129- Zillman, D. (1979). Hostility and aggression N.Y. Erlous Associates.

## فهرست الموضوعات

### الفصل الأول : الشخصية

|    |                                                                 |
|----|-----------------------------------------------------------------|
| ٦  | ..... نظريات الشخصية                                            |
| ١٩ | ..... السمات .                                                  |
| ٢١ | ..... الأبعاد .                                                 |
| ٢٧ | ..... الأنماط .                                                 |
| ٢٨ | ..... الشخصية والمرض - مقدمه .                                  |
| ٣١ | ..... الشخصية لبعض الحالات المرضيه .                            |
| ٦١ | ..... الشخصية والالام .                                         |
| ٦٣ | ..... الشخصية وعلاقتها بالمرض السيکوسوماتي .                    |
| ٦٩ | ..... استخدام التغذية الرجعيه مع المرضي باضطرابات سيکوسوماتيه . |

### الفصل الثاني : الاضطرابات السلوكيه :

|     |                                                            |
|-----|------------------------------------------------------------|
| ٧٢  | ..... العدوانيه والعدائيه .                                |
| ٧٦  | ..... النظريات المفسره للعدوانيه .                         |
| ٩٤  | ..... علاقه العدوانيه بالعدائيه .                          |
| ١٠٠ | ..... العدوانيه والعدائيه وعلاقتها بأبعاد الشخصيه .        |
| ١٢١ | ..... قياس العدوانيه والعدائيه .                           |
| ١٤٣ | ..... العدوانيه لدي كل من الرجل والمرأه .                  |
| ١٥٢ | ..... الاثار السلبيه للعنف الذي تتعرض له الاناث والسيدات . |
| ١٥٤ | ..... مشاعر الذنب .                                        |
| ١٦٥ | ..... فقدان الشهيه العصبى .                                |



|     |                                                                    |
|-----|--------------------------------------------------------------------|
| ١٧٩ | نموذج ( بيترسلاد ) التحليلي الوظيفي لفقدان الشهية العصبي . . . . . |
| ١٨٨ | نموذج ( بيترسلاد ) التحليلي الوظيفي للشهية للطعام . . . . .        |
| ١٩١ | الكماليه العصايه . . . . .                                         |
| ١٩٦ | الوجدانات السالبه والموجبه . . . . .                               |

### الفصل الثالث : الاضطرابات الوجدانيه:

|     |                                                |
|-----|------------------------------------------------|
| ٢٠٦ | مقدمه . . . . .                                |
| ٢٠٧ | نظريات تفسير حدوثها . . . . .                  |
| ٢١٨ | الهستيريا . . . . .                            |
| ٢٢١ | الشخصيه الهستيرييه . . . . .                   |
| ٢٢٢ | تصنيف الأعراض الهستيرييه . . . . .             |
| ٢٢٦ | هستريا التبدل والامراض السيکوسوماتيه . . . . . |
| ٢٣٠ | الاكتئاب . . . . .                             |
| ٢٤١ | التداخل بين حالات القلق والاكتئاب . . . . .    |
| ٢٤٧ | الاضطراب الوسواسى القهرى . . . . .             |
| ٢٥٢ | المراجع . . . . .                              |

رقم الإيداع ٩٧/١٥٣٣٨  
الرقم الدولي 977-05-1588-4



